



**GIBELLINA**



**MAZARA DEL VALLO**



**SALEMI**



**VITA**

-----oOo-----

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 53  
- Legge 328/2000 -  
Comune Capofila: MAZARA DEL VALLO

**ALLEGATO 1**

*Spett. Comune di* \_\_\_\_\_  
*Area / Settore* \_\_\_\_\_  
*Via/Piazza* \_\_\_\_\_

**MODELLO DI ISTANZA**

***PER LA DEFINIZIONE E ATTUAZIONE, A MEZZO VOUCHER, DI PROGETTI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ A FAVORE DEI DISABILI MINORI GRAVI E DEI DISABILI MAGGIORI GRAVI A VALERE SUL FONDO PER LA DISABILITÀ E PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - ANNUALITÀ 2018 – RIPARTITO AL DISTRETTO SS 53 CON IL D.R.S. N. 1916 E IL D.R.S. N. 1915 DEL 18/10/2022.***

**La/Il sottoscritto/a:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Via/le/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ altro tel. \_\_\_\_\_

(indicare uno o più numeri specificando a chi corrispondono parente, beneficiario, tutore, ecc) Codice

fiscale \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- |                          |                                   |   |
|--------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Diretto interessato</b>        |   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Familiare</b>                  | <b>Grado di parentela</b> _____                       |
| <input type="checkbox"/> | <b>Amministratore di sostegno</b> | <b>nominato con decreto n.</b> _____ <b>del</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <b>Tutore</b>                     | <b>nominato con decreto n.</b> _____ <b>del</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <b>Curatore</b>                   | <b>nominato con decreto n.</b> _____ <b>del</b> _____ |

**CON LA PRESENTE CHIEDE**

**La definizione e attuazione del progetto in materia di vita indipendente ed inclusione nella società, a mezzo voucher sociali, a valere del “Fondo Regionale per la disabilità e non autosufficienza” ai sensi dei DRS n. 1915 e 1916 del 18/10/2022**

- sig. /sig.ra** (compilare solo se diverso dal richiedente)
- minore**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Via/le/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ altro tel. \_\_\_\_\_

(indicare uno o più numeri specificando a chi corrispondono parente, beneficiario, tutore, ecc)

Codice fiscale : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

**DICHIARA**

- Di aver preso visione dell’Avviso Pubblico e di accettarne le condizioni;

**Che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:**

- certificazione attestante lo stato di handicap ai sensi della L. 104/92 comma 3 art. 3;
- disabilità non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- capacità di autodeterminazione e non totale compromissione della volontà di intraprendere un progetto di vita indipendente;
- che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e nome	Grado di parentela	Anno di nascita	Invalidità
----------------	--------------------	-----------------	------------


**DICHIARA INOLTRE CHE IL BENEFICIARIO**

- di avere già presentato richiesta del servizio oggetto del presente avviso in data \_\_\_\_\_ presso i servizi sociali del Comune di \_\_\_\_\_ del Distretto Socio - Sanitario o centro PUA distrettuale di \_\_\_\_\_;
- di richiedere il servizio oggetto del presente avviso per la prima volta;
- di essere beneficiari dei seguenti servizi socio- assistenziali e/o socio-sanitari erogati dal:
  - Comune di \_\_\_\_\_;
  - Distretto Socio-Sanitario di Mazara Del Vallo;

Che il valore ISEE è di € \_\_\_\_\_;

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Copia del documento di riconoscimento del richiedente;
- Copia del documento di riconoscimento del disabile;
- Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;

Firma

-----