

Spett. Azienda insieme per il sociale
Distretto di Cinisello Balsamo

ISTANZA PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI PER IL SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE ON DISABILITA'

Prima annualità AMBITO DI CINISELLO BALSAMO - PROVI 2017

IL SOTTOSCRITTO:

Nome e Cognome
nato a il
residente a in via.....n°.....
Codice Fiscale
recapito telefonico
indirizzo e-mail

in qualità di diretto interessato

oppure

amministratore di sostegno tutore altro (specificare)

del/della sig./ra
nato a il
residente a in via.....n°.....
recapito telefonico
indirizzo e-mail

CHIEDE

di poter accedere ai

PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE
NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Certificazione invalidità: _____ %

Indennità di accompagnamento: SI NO

CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA
CONDIZIONI ECONOMICHE (ISEE ORDINARIO): € _____
CONDIZIONI ECONOMICHE (ISEE SOCIO-SANITARIO): € _____
DI AVER PRESENTATO DSU IN DATA: _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO (specificare chi è convivente)			
RAPPORTO DI PARENTELA	COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	CONVIVENTE (specificare dove è residente se non convivente)

Che il CARE GIVER FAMILIARE convivente è (specificare il grado di parentela): _____

Condizione lavorativa del Caregiver (es. casalinga, disoccupato, pensionato...): _____

Il RICHIEDENTE ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi a carico del FNA – Misura B1 o B2:

- Nessuno
- SI – interventi della Misura B1
- SI – interventi della Misura B2

Il RICHIEDENTE:

- È in carico al Servizio Sociale Comunale SI' NO

Assistente sociale di riferimento: _____



Azienda Speciale dei Comuni di
BRESSO – CINISELLO B. – CORMANO – CUSANO M.

- Beneficia di SAD e/o di servizi complementari (pasto, trasporto, ecc...):
SI NO
- Beneficia di altri contributi erogati per la medesima finalità (es. Home care premium – contributo per assistenti familiari, altro ...): _____
- Frequenta Unità d'offerta semiresidenziali: SI NO
Se SI quale _____

Il RICHIEDENTE, evidenzia l'interesse per i seguenti interventi (barrare):

- assistenza personale
- abitare in autonomia
- inclusione sociale e relazionale (orientamento al lavoro, etc...)
- domotica

E propone il seguente progetto di massima:

Il RICHIEDENTE, si impegna, in caso di selezione della domanda, ad elaborare in accordo con i servizi sociali di competenza, un progetto dettagliato con l'ente gestore scelto tra gli accreditati alla misura in oggetto.

ALLEGA

- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' DEL RICHIEDENTE
- ATTESTAZIONE ISEE
- VERBALE INVALIDITA' E/O INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO
- ALTRA EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Luogo e data

Firma

(firma del dichiarante)

(firma del legale rappresentante)