

nato/a il a Prov.

residente in

Via/P.zza n.

CAP Tel. Cell.

Indirizzo e mail

Codice Fiscale:

Stato civile Cittadinanza

di usufruire dei finanziamenti inerenti il Progetto “Vita Indipendente”, erogati ai sensi della L.162/98 e della successiva normativa regionale

- di essere riconosciuto/a invalido/a civile al%
- di essere in possesso della certificazione dello stato di handicap, ai sensi dell'articolo 3 della legge 104/92
- di svolgere un lavoro SI ☐ NO ☐
Se SI, quale? _____
- di essere inserito in contesti formativi/sociali SI ☐ NO ☐
Se SI, quale? _____
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

	I ^o Componente	II ^o Componente	III ^o Componente	IV ^o Componente	V ^o Componente
Cognome / Nome					
Luogo e Data di Nascita					
Relazione di parentela					
Attività svolta					

Ai fini dell'accoglimento della presente domanda, si allegano, in copia, i seguenti documenti:

- Fotocopia del documento d'identità del richiedente in corso di validità
- Fotocopia del Certificato di Invalidità Civile
- Fotocopia del Certificato handicap, ai sensi dell'art. 3 della l. 104/92
- Modello ISE dell'interessato, con riferimento alla situazione reddituale e patrimoniale relativa all'anno precedente
- Indennità concesse a titolo di minorazione (invalidità civile, cecità assoluta, cecità venteseimale, sordità..)
- Altri redditi non fiscalmente rilevanti (es. rendite INAIL, reversibilità)
- Contratto di lavoro (se presente) o autodichiarazione attestante la condizione occupazionale
- Piano personalizzato predisposto dall'interessato
- Relazione sull'andamento del progetto, qualora si sia usufruito del contributo nell'anno precedente

Dichiara di aver preso atto dei criteri di accesso e delle modalità di erogazione dei finanziamenti - Progetti di "Vita Indipendente"- e si impegna a comunicare, tempestivamente, ogni variazione al proprio piano personalizzato di assistenza.

Rimanendo a disposizione per ulteriori informazioni, si porgono distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato 2

PIANO PERSONALIZZATO

NOME e COGNOME

Periodo di riferimento _____

Descrizione delle necessità, dei bisogni da soddisfare, dei positivi risultati a sostegno delle proprie esigenze si intenda perseguire con l'attuazione di un progetto di Vita Indipendente

Descrizione dei compiti da assegnare all'assistente personale:

Quantificazione delle ore di assistenza personale settimanale:

Costo complessivo del progetto

Data _____

FIRMA _____