



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”



BERLINGO



CASTEGNATO



CASTEL MELLA



CELLATICA



GUSSAGO



OME



OSPITALETTO



RODENGO SAIANO



RONCADELLE



TORBOLE CASAGLIA



TRAVAGLIATO

Allegato 1

“PRESENTAZIONE DI PROGETTI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA’ DI PERSONE CON DISABILITA’”

DGR n. XII/3719/2024 – FNA 2024, ESERCIZIO 2025

Pro.vi 2023 esercizio 2025/2026

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

Tel. _____ e-mail: _____

in qualità di soggetto destinatario del beneficio

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

Tel. _____ e-mail: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio

Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ n. _____

Tel. _____ e-mail: _____

consapevole delle risorse disponibili per l'Ambito n. 2 Brescia Ovest chiedo di poter attivare un progetto individuale per la Vita Indipendente che le seguenti aree di intervento (almeno 2):

- ☐ Assistente Personale
- ☐ Forme dell'abitare in autonomia
- ☐ Inclusione Sociale Relazionale
- ☐ Trasporto (individuabile solo se il progetto prevede anche Inclusione Sociale e Relazionale)
- ☐ Domotica
- ☐ Azioni di sistema (solo se promosse e gestite da Agenzie di Vita Indipendente)

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità e, a tal fine, dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- maggiore età (di norma)
- certificazione che attesti la condizione di disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse con la senilità (certificazione Legge 104/1992 ovvero invalidità civile);
- ISEE
 - o **sociosanitario** <= a € 30,000,00 se grado di disabilità > al 67%
 - o **ordinario** <= a € 30.000,00 se grado di disabilità <= al 67%

nello specifico, valore ISEE _____ pari ad € _____.

Si allegano:

- Copia del documento di identità del beneficiario della misura (o del richiedente)
- Certificazione che attesti lo stato di disabilità, ai sensi della Lg. 104/1992 ovvero invalidità civile
- Progetto individuale redatto attraverso una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST Spedali Civili di Brescia e del Comune di residenza (Allegato 2)
- Delegazione di pagamento

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successivo regolamento 679/2016/UE, autorizza il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST e del Comune di residenza.

Luogo e data

Firma
