**Modello di domanda - Allegato “B”**

**MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI**

**Spett.Le**

**Ambito Territoriale Sociale N. 16**

**Unione dei Monti Azzurri Viale Trento e Trieste**

**San Ginesio 62026 (MC**

**DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTO VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE**

**(ai sensi della DGR 1496/2023 - DGR 1696/2018 -L.R. 21/2018)**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  COGNOME NOME  residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  in qualità di:  tutore  amministratore di sostegno  per conto di:  cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CHIEDE**

in qualità di legale rappresentante del/lla Sig./Sig.ra (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di avviare un percorso di vita indipendente ministeriale e l’accesso al finanziamento statale e regionale, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall’articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000),

e a tal fine DICHIARA che la persona da me rappresentata

vuole partecipare al Progetto di vita indipendente di cui al Fondo Nazionale Non Autosufficienza - DPCM 03/10/2022 FNA 2022 – DGR n. 1496/23 finalizzato al pagamento dell’intervento relativo all’Assistente Personale

* di non beneficiare del contributo relativo a:
* Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l’incremento del contributo alle famiglie per l’assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica”;
* Familiari 0-25 anni affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019;
* Progetti di Vita Indipendente regionale;
* **di essere riconosciuta in condizione di Disabilità gravissima e di percepire il relativo intervento economico riconosciuto dalla Regione Marche;**

**oppure**

* **di NON essere riconosciuta in condizione di Disabilità gravissima e di NON percepire il relativo intervento economico riconosciuto dalla Regione Marche;**
* **di impegnarsi a comunicare l’eventuale successivo riconoscimento della condizione di disabilità gravissima;**
* si assumerà personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
* agirà in piena autonomia nell’individuazione dell’assistente personale;
* si assumerà, in qualità di datore di lavoro, tutti gli obblighi discendenti dall’instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l’assistente personale, nel rispetto della normativa vigente;
* autorizza l’invio della presente domanda al Servizio UMEAdell’AST di Macerata sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure CSM dell’AST di Macerata sede di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al fine della predisposizione del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e di acconsentire, sin d’ora, l’effettuazione della valutazione multidisciplinare da parte del predetto servizio di competenza e di accoglierne l’esito positivo o negativo;
* a fronte di un esito positivo, di autorizzare il servizio UMEA dell’AST di Macerata sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_oppure CSM dell’AST di Macerata sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’invio all’ATS 16 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell’ammissione al finanziamento economico del progetto;
* accetterà l’esito della graduatoria redatta con i criteri indicati nell’avviso pubblico.

Allega la seguente documentazione:

1. Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell’art.3, comma 3 della legge 104/1992
2. Copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento del destinatario dell’intervento e, nel caso di domanda presentata da un tutore/amministratore di sostegno, anche della persona richiedente.
3. Copia eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_