

SPETT.LE

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. _____

Comune di _____

DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE
PROGETTO VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE ANNO 2026
ai sensi della L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018, DGR 1496/2023, N. 264/25, N. 1425/25)

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 progetto di vita indipendente ministeriale attraverso l'accesso ai finanziamenti statali e regionali, 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

- intende partecipare al Progetto di vita indipendente di cui al Fondo Nazionale Non Autosufficienza - DPCM 03/10/2022 FNA 2022 - 2024 annualità 2024 – DGR n. 1496/23, n. 264/25, n. 1425/25 finalizzato al pagamento dell'intervento relativo all'Assistente Personale.
- è consapevole che l'intervento è **alternativo, nel senso di non sovrapposizione temporale della titolarità**, agli altri due interventi sostenuti con risorse FNA ("Assegno di cura" e "Disabilità gravissima"), al progetto "Vita Indipendente" di cui alla L.R. 21/2018, all'intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)" e all'intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale".
- assumerà personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;

- agirà in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- 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 UMEA, sede di _____ oppure al CSM sede di _____ dell'AST Pesaro Urbino 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 e di accoglierne l'esito positivo o negativo;
- a fronte di un esito positivo, di autorizzare il servizio UMEA o il CSM dell'AST Pesaro Urbino sede di _____ all'invio all'ATS 6 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell'eventuale ammissione al finanziamento economico del progetto;
- accetterà l'esito della graduatoria redatta con i criteri indicati nell'avviso pubblico

Allega la seguente documentazione:

Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992

Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente

Copia fotostatica del documento di riconoscimento del disabile interessato

Copia decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore

Data _____

FIRMA _____