

AMBITI DISTRETTUALI DI BELLANO, LECCO E MERATE

RICHIESTA DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE AI FINI DELLA ATTRIBUZIONE DEL VOUCHER "REDDITO DI AUTONOMIA"

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a
Nome e Cognome _____

nato/a a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel _____

e-mail _____ CODICE FISCALE _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

- DIRETTO INTERESSATO

ovvero

- FAMILIARE (grado di parentela) _____
- TUTORE nominato con Decreto n. _____ del _____
- CURATORE nominato con Decreto n. _____ del _____
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con Decreto n. _____ del _____

del/la sig./ra Nome e Cognome _____

nato/a a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia (LC)

Via _____ Tel _____

e-mail _____ CODICE FISCALE _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

CHIEDE

**DI ESSERE AMMESSO ALLA MISURA RELATIVA A INTERVENTI PER LO SVILUPPO DELL'AUTONOMIA
FINALIZZATA ALL'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI**

DICHIARA

che la persona disabile per la quale si chiede l'ammissione:

- ha un'età compresa tra i 16 ed i 64 anni;
- ha un ISEE ordinario o ristretto in corso di validità uguale o inferiore a € 20.000;
- con un livello di compromissione funzionale che consente un percorso di acquisizione di abilità sociali e relative all'autonomia nella cura di sé e dell'ambiente di vita, nonché nella vita di relazioni;

Inoltre deve caratterizzarsi per la presenza di:

- livelli di abilità funzionali che consentono interventi socio educativi volti a implementare le competenze necessarie alla cura di se;
 - un livello di competenza per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana che consente interventi socio educativi e socio formativi per sviluppare/implementare/riacquisire.
- competenze relazionali e sociali
-competenze da agire all'interno della famiglia o per emanciparsi da essa
- competenze intese come prerequisiti utili per un eventuale inserimento/reinserimento lavorativo

DICHIARA

- di aver preso visione dell'Informativa predisposta dagli Ambiti Distrettuali della provincia di Lecco
- di essere consapevole che l'equipe multidimensionale d'Ambito procederà alla valutazione della persona disabile, per esplorare le dimensioni delle "Attività Personali"(funzioni cognitive, autonomie personali, abilità socio-relazionali ecc.) e dei "Fattori contestuali" (caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale di vita della persona), al fine di individuare le persone disabili che potranno beneficiare degli interventi previsti dalla presente misura e declinare, quindi, una graduatoria.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che gli operatori coinvolti nella gestione della presente misura, ai sensi dell'art 71 del d.p.r. 28.12.2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto a sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R.445/2000, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art 75 del D.P.R. citato

Li, _____ data _____ Firma _____

DOCUMENTI OBBLIGATORIAMENTE DA ALLEGARE:

- Copia carta di identità del richiedente e della persona anziana per cui si presenta la domanda;
- Attestazione ISEE ordinario o ristretto uguale o inferiore a €.20.000
- certificazione attestante la disabilità;
- documentazione a cura del SSB (schede ADL IADL, scheda sociale);
- consenso al trattamento dei dati sensibili (attraverso il formati di Regione Lombardia allegato ad avviso);
- se la domanda viene presentata da Amministratore di Sostegno, Tutore o Curatore allegare copia del decreto di nomina del Tribunale.