



Allegato 1

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO PER SOSTENERE
PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE**

(ai sensi della misura b2 della DGR 2883/2014 di Regione Lombardia)

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
prov. _____ codice fiscale _____
Tel _____

In qualità di ☐ beneficiario, ☐ tutore, ☐ curatore, ☐ amministratore di sostegno,
☐ familiare (specificare _____), ☐ altro (specificare _____)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A A _____	PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
PROV _____	TEL _____
CODICE FISCALE _____	

CHIEDE

di poter accedere alla misura "Assegnazione del contributo economico di € 400,00 per sostenere il progetto di vita indipendente", secondo quanto definito nel documento "Avviso pubblico per l'erogazione di un contributo economico per sostenere progetti di vita indipendente di persone con

disabilità fisico-motoria grave o gravissima, tra i 18 e i 64 anni, assistiti da un'assistente personale assunta".

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- Di essere in possesso del riconoscimento dell'invalidità civile al 100%, e in possesso della certificazione di gravità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992.
- Che il contributo verrà utilizzato per sostenere le cure necessarie/il supporto fornite da:

Cognome e nome del personale assunto	Data di inizio del rapporto di assistenza e monte ore settimanale
Azioni-interventi-servizi offerti dall'assistente personale	

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra.

In fede (firma) _____

Luogo, _____ Data _____

Si allega:

- Copia carta d'identità e codice fiscale del beneficiario e della persona richiedente (se diversa dal beneficiario)
- Copia del Certificato d'invalidità
- Copia certificazione di gravità ai sensi della L.104/92
- Attestazione ISEE
- Documentazione comprovante la regolarizzazione dell'assistente personale
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità
- Progetto Individuale di assistenza (PAI)
- Valutazione scale ADL e IADL