



## CHIEDE

DI ESSERE VALUTATO DAGLI OPERATORI DEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO AL FINE DI ACCEDERE AL BENEFICIO:

- al fine di costruire percorsi di autonomia alloggiativa ( emancipazione dal nucleo di origine) o lavorativa o altre forme di autonomia che possano rientrare nel progetto di vita indipendente
  
- al fine di integrare attività e/o servizi che favoriscano l'autonomia della persona disabile all'interno del nucleo familiare, ( nel caso di erogazioni monetarie , queste non dovranno essere computate al bilancio familiare ma dovranno essere utilizzate obbligatoriamente per dettagliate e specifiche attività del disabile per incrementare la propria autonomia).

## DICHIARA

- di avere età compresa tra i **18 ed i 65 anni** ;
  
- Essere **residente in Regione Liguria**;
  
- Essere in possesso della **certificazione di gravità** ai sensi dell'*art.3 comma 3 della legge n. 104/92*;
  
- Essere in possesso dell'**ISEE per prestazioni sociosanitarie inferiore o uguale a 25.000,00 euro**;
  
- Essere a conoscenza che i Progetti di Vita Indipendente rientrano a pieno titolo nel più ampio concetto **Dote di Cura** che rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona un progetto di vita con un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua **comunità di riferimento**, compresi gli enti di terzo settore;
  
- Essere a conoscenza che la Dote di Cura, che si concretizza in "**pacchetti assistenziali personalizzati**" che prevedono l'erogazione di servizi e contributi economici, presuppone l'esistenza di un **Piano di Assistenza Individuale** con il quale alla persona con disabilità viene assicurata la possibilità di determinare, **in collaborazione con il sistema dei servizi sociosanitari**, il livello di benefici/prestazioni assistenziali di cui necessità, siano essi da **implementare o incrementare**;
  
- essere consapevole che l'intervento andrà ad **integrare ( non a sostituire) il livello esistente di copertura assistenziale**;
  
- Essere a conoscenza che gli interventi di sostegno potranno essere offerti sotto forma di **prestazioni assistenziali e/o di trasferimenti monetari** sulla base di quanto stabilito nel Piano

Individuale di Assistenza che verrà redatto dai servizi sociosanitari competenti, condiviso e sottoscritto dall'utente;

Essere a conoscenza che l'intervento in oggetto è **incompatibile con forme di residenzialità a ciclo continuativo** ad esclusione dei presidi sostitutivi delle cure familiari ( es. alloggi protetti);

di essere a conoscenza che il beneficio non potrà essere utilizzato per il trasporto a centri diurni riabilitativi;

Essere a conoscenza che eventuali trasferimenti monetari andranno rendicontati tramite esibizione dei giustificativi di spesa( es.fatture, ricevute, etc);

#### **RICHIEDE INOLTRE:**

Che il trasferimento monetario **qualora sia necessaria ed emergente dal Piano Individualizzato di assistenza** effettuato dall'equipe integrata sociosanitaria distrettuale per la realizzazione del progetto di vita indipendente sarà erogata a mezzo di emissione del bonifico mediante:

accredito su C/C bancario N..... ABI..... CAB ..... Agenzia filiale .....  
IBAN .....

accredito su C/C postale N..... ABI..... CAB ..... Agenzia filiale .....  
IBAN .....

Intestato a .....

#### **Allega alla presente:**

copia della certificazione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;

attestazione **ISEE per prestazioni sociosanitarie** ai sensi dell'art. 6 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013.

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(firma)

*(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)*