

# DISTRETTO SOCIO – SANITARIO N. 29

L. 8.11.2000 n. 328

(Comuni di Mistretta, Castel di Lucio, Motta d'Affermo,  
Pettineo, S. Stefano di Camastra, Tusa e Reitano)

## IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

### AVVISA

Nell'ambito degli interventi in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità di cui D.R.S. n. 1222 del 08.07.2019 dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, il Distretto D/29 intende favorire l'autonomia dei portatori di handicap attraverso le seguenti tipologie di intervento:

- Utilizzo di un'assistente personale a domicilio liberamente scelto dal beneficiario
- Forme del coabitare condiviso (co-housing sociale)

I beneficiari sono persone con disabilità maggiorenni la cui disabilità non è stata determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse con la senilità.

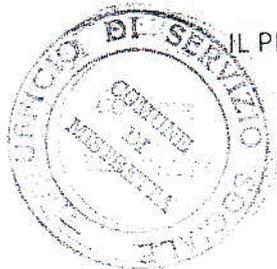
Nella selezione dei beneficiari sarà accordata preferenza alle persone con disabilità in condizioni di maggiore bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, delle condizioni familiari, abitative ed ambientali nonché delle condizioni economiche.

Gli interessati possono presentare istanza presso gli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza entro il

15 DICEMBRE 2019

Il modello dell'istanza può essere reperito presso l'ufficio dei servizi sociali di ciascun comune del Distretto.

Mistretta lì 28/11/2019



IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

AVV. Angelo Tudisca

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Angelo Tudisca".

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D/29

L. 8.II.2000 n. 328

(Comuni di Mistretta, Castel di Lucio, Motta d'Affermo, Pettinco, S.Stefano di Camastra, Tusa e Reitano)

DOMANDA DI ACCESSO AI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

(in caso di amministratore di sostegno indicare

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Il Sig./a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

CHIEDE

di partecipare al progetto di vita indipendente attraverso le seguenti tipologie di intervento:

- Utilizzo di un'assistente personale a domicilio liberamente scelto dal beneficiario
- Forme del coabitare condiviso (co – housing sociale)

DICHIARA

\_\_\_\_\_ di essere residente in Regione Sicilia;

\_\_\_\_\_ di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92;

\_\_\_\_\_ di essere in possesso dell'ISEE per prestazioni sociosanitarie ai sensi dell'art. 6 Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 159/2013;

**A tal fine lo/a scrivente 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;

\_I\_ sottoscritto/a consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizioni 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.

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

\_I\_ 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.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_