

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)

COMUNE DI MOTTA D’AFFERMO

07 GEN. 2021

Prot. N.

07

IL PRESIDENTE DE COMITATO DEI SINDACI

RENDE NOTO

Che sono riaperti i termini di cui al seguente avviso:

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

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 multidimensionali che tenga conto almeno delle limitazioni dell’autonomia, della 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

20 GENNAIO 2021

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

TUSA

Il 06/01/2021

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI



Avv. Angelo Tudisca

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D/29

L. 8.11.2000 n. 328

(Comuni di Mistretta, Castel di Lucio, Motta d'Alfermo, 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 _____ if _____ 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 Siciliana;

_____ 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 socio-sanitarie 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 socio-sanitarie 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 dichiarazioni mendaci o di esibizioni di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta 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 tardiva 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
