

	Amministrazione destinataria Comune di Sestri Levante Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
---	--	--

Domanda di accesso ai progetti di Vita Indipendente

DGR 941/2014

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Domicilio											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

la valutazione da parte degli operatori del distretto socio sanitario al fine di accedere al beneficio

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																				
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="3">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th>Data di nascita</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="3">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <th colspan="9">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale												Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza											In qualità di (*)																	
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																															
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza																																																
In qualità di (*)																																																					

In qualità di ():*

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- Ha un'età compresa tra i 18 e i 65 anni
- è residente in regione Liguria
- è in possesso della certificazione ai sensi della legge n. 104/92 art. 3 comma 1 o art. 3 comma 3
- è in possesso dell'ISEE per prestazioni sociosanitarie inferiore o uguale a € 25000,00
- è consapevole che l'ISEE dovrà tassativamente essere annualmente rinnovato nel rispetto della normativa nazionale

- è consapevole che l'intervento andrà ad integrare e non a sostituire il livello esistente di copertura assistenziale
- è 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
- è a conoscenza che l'intervento in oggetto è incompatibile con forme di residenzialità a ciclo continuativo ad esclusione dei presidi sostitutivi delle cure familiari
- è a conoscenza che il beneficio non potrà essere utilizzato per il trasporto a centri diurni riabilitativi
- è a conoscenza che eventuali trasferimenti monetari andranno rendicontati tramite esibizione dei giustificativi di spesa
- è consapevole di poter essere messo in lista di attesa per l'accesso alla misura, in attesa di disponibilità di risorse afferenti al fondo per la non autosufficienza
- è consapevole che l'erogazione della misura è subordinata alla disponibilità di risorse

IBAN	
IBAN	
Agenzia	Filiale

intestatario conto		
Cognome	Nome	Codice Fiscale

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE socio sanitario
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sestri Levante		
Luogo	Data	Il dichiarante