

**Modello di domanda - Allegato "B"**  
**MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI**

**Spett.Le**

**Ambito Territoriale Sociale N. 16**

**Unione dei Monti Azzurri Viale Trento e Trieste**

**San Ginesio 62026 (MC)**

**DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTO VITA INDIPENDENTE  
MINISTERIALE  
(ai sensi della DGR 1496/2023 - DGR 1696/2018 -L.R. 21/2018)**

Il/La sottoscritto/a _____ COGNOME _____ NOME _____
residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ email _____
In qualità di:
<input type="checkbox"/> tutore
<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno
per conto di:
cognome e nome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
Codice fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ email _____

**CHIEDE**

in qualità di legale rappresentante del/lla Sig./Sig.ra (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ di avviare un percorso di vita indipendente ministeriale e l'accesso al finanziamento statale e regionale, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000),

e a tal fine DICHIARA che la persona da me rappresentata

- vuole partecipare al Progetto di vita indipendente di cui al Fondo Nazionale Non Autosufficienza - DPCM 03/10/2022 FNA 2022 – DGR n. 1496/23 finalizzato al pagamento dell'intervento relativo all'Assistente Personale
- di non beneficiare del contributo relativo a:
  - Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica”;
  - Familiari 0-25 anni affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019;
  - Progetti di Vita Indipendente regionale;

- **di essere riconosciuta in condizione di Disabilità gravissima e di percepire il relativo intervento economico riconosciuto dalla Regione Marche;**
- oppure**
- **di NON essere riconosciuta in condizione di Disabilità gravissima e di NON percepire il relativo intervento economico riconosciuto dalla Regione Marche;**
- **di impegnarsi a comunicare l'eventuale successivo riconoscimento della condizione di disabilità gravissima;**
- si assumerà personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- agirà in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- si assumerà, in qualità di datore di lavoro, tutti gli obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale, nel rispetto della normativa vigente;
- autorizza l'invio della presente domanda al Servizio UMEA dell'AST di Macerata sede di \_\_\_\_\_ oppure CSM dell'AST di Macerata sede di \_\_\_\_\_ al fine della predisposizione del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e di acconsentire, sin d'ora, l'effettuazione della valutazione multidisciplinare da parte del predetto servizio di competenza e di accoglierne l'esito positivo o negativo;
- a fronte di un esito positivo, di autorizzare il servizio UMEA dell'AST di Macerata sede di \_\_\_\_\_ oppure CSM dell'AST di Macerata sede di \_\_\_\_\_ all'invio all'ATS 16 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell'ammissione al finanziamento economico del progetto;
- accetterà l'esito della graduatoria redatta con i criteri indicati nell'avviso pubblico.

Allega la seguente documentazione:

1. Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992
2. Copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento del destinatario dell'intervento e, nel caso di domanda presentata da un tutore/amministratore di sostegno, anche della persona richiedente.
3. Copia eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_