Spett.le AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI MANDURIA
COMUNE DI _____

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE E DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO DEL PROGETTO DI VITA INDIVIDUALIZZATO

1. DATI DEL RICHIEDENTE E DEL BENEFICIARIO

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome: _____	Codice Fiscale: _____
Data di Nascita: ____/____/_____	Luogo di Nascita: _____
Residenza (Indirizzo): _____	Comune e Prov: _____
Telefono / Cell: _____	E-mail / PEC: _____

In qualità di:

☐ Diretto/a interessato/a (Persona con disabilità)
☐ Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale (in caso di minore)
☐ Tutore / Curatore / Amministratore di Sostegno (Allegare decreto di nomina)
☐ Delegato/a dalla persona interessata (Allegare delega formalizzata e documento d'identità)

Da compilare solo se il richiedente è DIVERSO dal beneficiario del Progetto:

Cognome e Nome Beneficiario: _____	Codice Fiscale: _____
Data di Nascita: ____/____/_____	Luogo di Nascita: _____
Residenza (Indirizzo): _____	Comune e Prov: _____

CHIEDE

L'attivazione della Valutazione Multidimensionale per l'elaborazione e il finanziamento del Progetto Individuale, (ex Art. 14 L. 328/2000) con inclusione delle prestazioni atipiche necessarie al raggiungimento degli obiettivi di vita ed autonomia.

2. SINTESI DEL PROGETTO E SELEZIONE PRESTAZIONI ATIPICHE NELLE 4 MACRO-AREE

MACRO-AREA DI INTERVENTO	DETTAGLI E DESCRIZIONE PRESTAZIONE
AREA A: Apprendimento, Socialità e Affettività	☐ Sostegno percorsi personalizzati inclusione relazionale ☐ Accompagnamento in contesti culturali/sportivi/tempo libero ☐ Tutor relazionale ed educazione all'affettività ☐ Supporto uscite didattiche / ambito Universitario ALTRO_____
AREA B: Formazione e Lavoro	☐ Job coaching e inserimento lavorativo mirato ☐ Accompagnamento fase iniziale e in itinere al lavoro ☐ Tutoraggio aziendale e supporto alla permanenza ☐ Servizio di trasporto specifico casa-lavoro ALTRO_____
AREA C: Casa e Habitat Sociale	☐ Interventi accessori e tutor domiciliare leggero ☐ Supporto gestione domestica e abitare autonomo

	☐ Percorsi di co-housing temporaneo ☐ Micro-adattamenti domestici e domotica leggera ALTRO_____
AREA D: Salute e Cura	☐ Trasporto visite/accertamenti (non coperti da SSN) ☐ Mediazione comunicativa/linguistica sanitaria ☐ Accompagnamento ed affiancamento nei percorsi di cura ALTRO_____

SINTESI DELLA PROPOSTA E STIMA DEI COSTI:

Descrizione specifica delle esigenze / attività:

Obiettivi generali ed elementi di rilevanza del Progetto di Vita:

Stima indicativa importo complessivo richiesto: € _____ (da allegare eventuali preventivi)

3. DICHIARAZIONI E DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a DICHIARA sotto la propria responsabilità:

1. Che i dati e le informazioni rese nella presente istanza corrispondono a verità.
2. Che la persona beneficiaria è residente in un Comune afferente all'Ambito Territoriale Sociale.
3. Che le prestazioni atipiche indicate non sono già finanziate da altre misure pubbliche, LEA o LEPS.
4. Di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

DOCUMENTI ALLEGATI ALLA DOMANDA (Barrare le voci allegate):

☐ Copia del documento d'identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario

☐ Copia del Verbale di accertamento condizione di disabilità (verbale 104/92)

☐ PREVENTIVI DI SPESA relativi alle prestazioni atipiche, forniture, trasporti o servizi specialistici richiesti

☐ Eventuale Atto di Delega / Decreto di Nomina (Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno)

☐ Ulteriore documentazione o proposta esecutiva di Progetto di Vita (opzionale)

Luogo e Data:
_____

Firma del Richiedente / Delegato
_____