



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

ALL. A

**Consorzio Valle del Tevere
c/o Comune di Formello
P.za S. Lorenzo , 8
00060 Formello(RM)**

Domanda per la concessione di finanziamenti per progetti personalizzati di promozione delle autonomie in favore di minori, giovani e giovani adulti con disabilità – Piani per le autonomie.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cell. _____

e-mail _____

ovvero **in qualità di familiare/tutore di:**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

rapporto di parentela _____

CHIEDE

la concessione del finanziamento per l'attivazione di programmi d'intervento per le autonomie, da gestire in forma indiretta, per un importo totale annuo di massimo € **6.000,00 (massimo € 500,00 mensili)**, a favore di persone disabili medio-gravi, non autosufficienti, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia. Resta inteso che l'importo mensile sarà determinato in base al numero complessivo di domande pervenute (Piani per le Assistenze e Piani per le Autonomie) ed al punteggio ottenuto secondo i criteri di valutazione (**All. F**)



COMUNI DI

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio;
2. di avere un'età compresa tra 0-35 anni;
3. di essere, o di presentare domanda per conto di possessore d'invalidità civile al 100% ;
4. di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con educatori professionali socio-pedagogici o socio-sanitari nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idonea convenzione con Enti di Terzo Settore;
5. di impegnarsi a trasmettere, all'Ufficio di Piano del Consorzio, **entro il 30 marzo 2022**, copia del PAI e del contratto di lavoro o convenzione;
6. che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
7. di impegnarsi a rispettare le modalità e i termini di rendicontazione esplicitati nell'Avviso pubblico;
8. di aver preso conoscenza e di accettare le eventuali decadenze dal beneficio in caso di mancata rendicontazione;
9. **(solo se in possesso di certificazione di cui alla Legge 104/92)** di essere o di presentare domanda per conto di portatore di handicap L. 104/92 - Diagnosi (come da verbale d'invalidità) _____
10. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità art. 3, comma 3, L. 104/92	Invalidità civile 100%	Occupazione lavorativa

P.s. le informazioni contenute nella tabella di cui sopra saranno oggetto di valutazione al fine dell'attribuzione dei punteggi, pertanto la stessa dovrà essere compilata in modo scrupoloso e attinente.

- di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sociali:



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

- di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sanitarie:
-
-
-

Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia certificazione verbale d'invalidità civile al 100%;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap ex art. 3 comma 1 o comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge (se in possesso);
- Copia attestazione ISEE in corso di validità, ai sensi dalla vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (**All B**);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, compilata e firmata in ogni sua parte dal medico di base dell'utente (All C).

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.lgs. n. 196/2003.

Data _____ Firma _____