



Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali
Biella



Il/la sottoscritto/a
nato a il
residente a in via n°
recapito telefonico
indirizzo e-mail

in qualità di ☐ diretto interessato

oppure

☐ amministratore di sostegno ☐ tutore ☐ altro (specificare)

del/della sig./ra
nato a il
residente a in via n°
recapito telefonico
indirizzo e-mail

chiede di accedere ai finanziamenti previsti per i progetti di Vita Indipendente anno 2019/2020.

a tal fine dichiara:

- di essere in possesso del certificato di invalidità civile (percentuale del) e della certificazione di handicap ai sensi della legge 104/1992;

- di essere:

- occupato presso
- disoccupato
- studente presso.....
- pensionato

- di essere impegnato nell'esercizio delle responsabilità genitoriali nei confronti di figli a carico;

- di avere un ISEE del valore di in corso di validità;

- di avere le seguenti entrate mensili
.....

- di avere il seguente progetto di Vita Indipendente/di allegare il proprio progetto di Vita Indipendente sottoscritto
.....

-
.....
.....
○ in struttura residenziale, specificare
.....

di non poter sostenere agevolmente il colloquio orale e di chiedere l'utilizzo dei seguenti supporti/ausili

dichiara inoltre

- di essere stato valutato dalla Commissione UMVD dell'ASL BI

☐ sì ☐ no

- di essere disponibile all'assunzione dell'assistente personale in base alla vigente normativa;
- di essere a conoscenza che, qualora il proprio progetto venisse ammesso a finanziamento, lo stesso verrà approvato dalla Commissione UMVD presso l'ASL BI;
- di essere a conoscenza che, qualora il proprio progetto venisse ammesso a finanziamento, lo stesso verrà interrotto al verificarsi dei seguenti eventi:

- perdita della connotazione di vita indipendente, cioè qualora vengano a mancare i requisiti previsti, previa verifica della Commissione UMVD e della Commissione Interna.
- destinazione delle risorse economiche a scopi diversi da quelli definiti nelle presenti linee guida;
- inadempienze agli obblighi assunti con l'Ente Gestore di riferimento (Consorzio Cissabo e Consorzio IRIS);
- mancato rispetto della normativa riguardante il contratto di lavoro con l'assistente personale;
- volontà dell'interessato di sospendere il progetto di vita indipendente;
- mutamento delle condizioni/requisiti che avevano determinato la possibilità di accedere al progetto. Il mutamento dei requisiti socio-sanitari deve essere validato dall'U.M.V.D.
- mancata comunicazione tempestiva sulla variazione di una delle condizioni necessarie all'accesso al progetto;
- compimento dei 65 anni
- trasferimento della residenza in un comune rientrante in ambito territoriale di un altro Ente Gestore.

....., lì.....

firma

documenti allegati:

- copia del verbale di invalidità civile e della certificazione di handicap
- copia di altra documentazione medica aggiornata
- dichiarazione ISEE in corso di validità o copia della DSU (in attesa di rilascio della certificazione ISEE)
- copia di un documento d'identità in corso di validità
- informativa Privacy – firmata per presa visione