

## DISTRETTO SOCIO ASSISTENZIALE N. 1 DI VIBO VALENTIA

Programma operativo Regionale "Dopo di noi"  
D.G.R. 296 del 30.6.2017

Al Comune di Vibo Valentia – capofila

dell'Ambito Territoriale n. 1

**OGGETTO:** Istanza di valutazione per richiesta contributo alle misure.

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

**Ovvero di**

FAMILIARE - Grado di parentela \_ \_\_\_\_\_

TUTORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Del sig. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso M/F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov.

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

|

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'accesso alle misure previste dalla DGR 296/2017, come di seguito riportato:**

(Barrare le misure che si intende richiedere)

➤ **Interventi infrastrutturali:**

**TIPOLOGIA A** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 1)

- Voucher per accompagnamento all'autonomia
- Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia

**TIPOLOGIA B** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 2)

- Sostegno al pagamento del canone di locazione
- Sostegno al pagamento delle spese condominiali

**TIPOLOGIA C** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 3)

- Voucher per gruppo appartamento con Ente Gestore
- Contributo per gruppo appartamento autogestito
- Buono mensile per cohousing/housing

**TIPOLOGIA D** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 4)

- Interventi di eliminazione di barriere architettoniche
- Messa a norma impianti
- Adattamenti domotici

**TIPOLOGIA E** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 5)

- Contributo pronto intervento

**DICHIARA**

**La presenza dei requisiti di seguito elencati**

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto mancanti entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno.

**Si allegano:**

- **scheda analitica specifica delle misure indicate e per cui si chiede l'attivazione;**
- **modello ISEE.**

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Estratto di informativa relativa alla Privacy**

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano territorialmente competente e a Regione Calabria.

L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_