

# **AMBITO DISTRETTUALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE**

*Comuni di Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo,  
Montichiari, Remedello e Visano*

## **PRESENTAZIONE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA'**

**01.05.2022/30.04.2023**

*(Decreto 13978 del 19/10/2021 della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità di Regione)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di soggetto destinatario del beneficio  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

*Per il periodo 01.05.2022/30.04.2023, Di poter attivare un progetto individuale per la Vita Indipendente per le seguenti macro aree (è necessario indicarne almeno 2):*

- Assistente Personale
- Abitare in autonomia
- Inclusione sociale e relazionale
- Trasporto Sociale

*A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità*

### **DICHIARA**

- di essere una persona maggiorenne la cui disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- di essere in possesso del verbale d'invalidità civile o della L. 104/92

di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti

Si allega:

- Documento di identità del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti
- Certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92 o verbale d'invalidità civile
- ISEE sociosanitario o ordinario

|                            |
|----------------------------|
| <b>DELEGA AI PAGAMENTI</b> |
|----------------------------|

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_  
IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_, IN  
QUALITÀ DI SOGGETTO DESTINATARIO DEL BENEFICIO

OPPURE SE IMPOSSIBILITATO

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_  
IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_  
IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE DEGLI INTERESSI DEL SOGGETTO DESTINATARIO DEL BENEFICIO,  
SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_ NATO/A A \_\_\_\_\_  
IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_  
IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

AUTORIZZO

IL COMUNE DI MONTICHIARI A VERSARE IL CONTRIBUTO DEFINITO NEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO DIRETTAMENTE AL SEGUENTE ENTE EROGATORE DEL SERVIZIO: \_\_\_\_\_

In caso di rimborso del beneficio economico, sceglie una delle seguenti modalità di pagamento:

**direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE**

**INTESTATARIO o COINTESTATARIO**

**CODICE IBAN**

**direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE DEL MIO FAMILIARE CHE AUTORIZZO ALLA RISCOSSIONE PER MIO CONTO**

**INTESTATARIO**

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo e n. civico \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN**

*luogo e data*

*in fede*

**SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE**

- *La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).*
- *La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).*

*Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.*

**INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE**

*cognome* \_\_\_\_\_ *nome* \_\_\_\_\_

*luogo di nascita* \_\_\_\_\_ *data di nascita* \_\_\_\_\_

*codice fiscale* \_\_\_\_\_

*comune di residenza* \_\_\_\_\_ *prov.* \_\_\_\_\_ *CAP* \_\_\_\_\_

*indirizzo e n. civico* \_\_\_\_\_ *telefono* \_\_\_\_\_

*luogo e data*

*in fede*

*Ai sensi del R. UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Montichiari, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.*

*L'informativa completa è disponibile presso gli uffici o sul sito internet del comune **www.comune.montichiari.bs.it***

*La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, anche con l'ausilio di mezzi informatici.*

*Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.*

....., il .....

*Firma* .....