

**Modello di domanda - Allegato "A"**  
**REDATA DALLA PERSONA CON DISABILITÀ**

**SPETT.LE AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. \_\_\_\_\_**

**Comune di \_\_\_\_\_**

**DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTO VITA  
INDIPENDENTE MINISTERIALE  
(ai sensi della L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018 DGR 264/2025)**

|                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| Il/La sottoscritto/a _____ |                              |
| COGNOME                    | NOME                         |
| residente a _____          | Via _____ n. _____ CAP _____ |
| Codice fiscale _____       |                              |
| Tel. _____                 | Cell. _____                  |
| email _____                |                              |

**MANIFESTA LA SUA VOLONTÀ AD AVVIARE UN PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE  
MINISTERIALE MEDIANTE L'ACCESSO AI FINANZIAMENTI STATALI E REGIONALI**

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000),

**DICHIARA**

- di voler partecipare al Progetto di vita indipendente di cui al Fondo Nazionale Non Autosufficienza - DPCM 03/10/2022 FNA 2024 – DGR n. 264/2025 finalizzato al pagamento dell'intervento relativo all'Assistente Personale;
- di non beneficiare del contributo relativo a:
  - Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica”;
  - Familiari 0-25 anni affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019;
  - Disabilità gravissima secondo il principio della temporalità;
  - Progetti di Vita Indipendente regionale;
- di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- di agire in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- di assumersi, in qualità di datore di lavoro, tutti gli obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale, nel rispetto della normativa vigente;
- di autorizzare l'invio della presente domanda al Servizio UMEA, sede di \_\_\_\_\_ oppure al CSM sede di \_\_\_\_\_ dell'AST di Ancona al fine della predisposizione del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e di acconsentire, sin d'ora, l'effettuazione della valutazione multidisciplinare da parte del predetto servizio e di accoglierne l'esito positivo o negativo;
- a fronte di un esito positivo, di autorizzare il servizio UMEA o il CSM dell'AST di Ancona all'invio all'ATS 12 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell'ammissione al finanziamento economico del progetto;
- di accettare l'esito della graduatoria redatta con i criteri indicati nell'avviso pubblico

Allega la seguente documentazione:

Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992  
Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente disabile  
Copia eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore  
Copia isee ordinario

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ autorizza la raccolta ed il trattamento dei dati trasmessi con la presente richiesta esclusivamente per la procedura di cui in oggetto, ai sensi dell'Art.13 del D.lgs 196/2003 e dell'Art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_