

Modello di domanda - Allegato "B"

Nuovi percorsi da attivare, percorsi già attivati da modificare, richiesta per nuove aree di intervento

SPETT.LE

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 1

Comune di Pesaro

61121 PESARO

RICHIESTA

PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE

(ai sensi della DGR n. 485 del 27.04.2020)

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

(DA COMPILARE SOLO SE NECESSARIO)

Il/La sottoscritto/a _____ COGNOME _____ NOME _____
residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ email _____
in qualità di:
<input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno
per conto di:
cognome e nome _____
nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
Codice fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ email _____

DICHIARA

- Di voler partecipare al Progetto sperimentale di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità di cui al Fondo Ministeriale 2019 – DGR n. 485/2020 per la seguente tipologia di intervento:

1.Macro-area ASSISTENTE PERSONALE

- presso il domicilio e di supporto a tutte le attività quotidiane (studio, lavoro, attività sociali, sportive e ricreative ecc)
- impiegato in progetti di co-housing sociale
- impiegato in progetti di trasporto sociale

2. Macro-area ABITARE IN AUTONOMIA

- canoni di locazione : **si allega copia contratto o attestazione versamento canone**
- piccoli adeguamenti strutturali: **si allega preventivo di spesa**

3.Macro-area TRASPORTO SOCIALE da considerarsi residuale rispetto alle aree 1,2,4

- Convenzione trasporti privati: l'ATS n. 1 procederà ad attivare il servizio in base alle domande che perverranno

4.Macro-area DOMOTICA

Tecnologie domotiche domestiche

- Automazione _____
- Elettronica _____
- Elettrotecnica _____

Tecnologie per la connettività sociale

- Telecomunicazioni _____
- Informatica _____

Si allega preventivo di spesa

DICHIARA ALTRESI'

che la persona in condizione di disabilità non beneficia del contributo:

- S.L.A.
- assegno di cura
- disabilità gravissime

che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

