



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

ALLEGATO 2)

MODULO DI DOMANDA

Al Direttore della Società della Salute

Zona Alta Val D'Elsa

**AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE PER IL PROGETTO
"ADA" (ADATTAMENTO DOMESTICO PER L'AUTONOMIA PERSONALE) DI CUI
ALLA DELIBERA G.R.T. N. 865 DEL 06/09/2016. ANNUALITÀ 2016-2017**

(scrivere in stampatello negli spazi dedicati)

La/il sottoscritta/o:

Nome

Cognome

Nata/o a:

Comune Prov.

Nazione

Data di nascita:

Giorno Mese Anno.....

Codice Fiscale

SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

Residente a:

Comune Prov. CAP

Via/Piazza n. civico.....

Telefono abitazione: Cellulare:

Email / PEC:

IN QUALITA' DI

☐ persona con disabilità in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992

OPPURE IN QUALITA' DI

**(Barrare una delle tre opzioni e
indicare i dati della persona disabile rappresentata)**

☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore

☐ tutore o amministratore di sostegno

☐ altro (*genitore, familiare, convivente, parente, ecc.*):

Dati della persona disabile rappresentata:

Nome

Cognome



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

Nata/o a:

Comune Prov.

Nazione

Data di nascita:

Giorno Mese Anno.....

Codice Fiscale

Residente a:

ComuneProv. CAP

Via/Piazza n. civico.....

Telefono abitazione: Cellulare:

Email / PEC:

(Persona con disabilità in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992)

Consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e consapevole del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci, l'art.75 della medesima legge prevede la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

CHIEDE

una **consulenza tecnica** finalizzata all'adeguamento dell'abitazione in cui risiede la persona con disabilità;

- ☐ **[barrare solo se]** richiede inoltre di usufruire di un contributo economico per la realizzazione di opere edilizie, acquisto e installazione di elementi di arredo e attrezzature e impianti che saranno previsti dalla consulenza. A tal fine si impegna a presentare entro 60 giorni dal ricevimento della consulenza tecnica i preventivi previsti e ogni altra documentazione necessaria.

DICHIARA

☐ che la persona disabile interessata è residente nell'abitazione per la quale richiede la consulenza;

☐ che il nucleo familiare di convivenza della persona con disabilità interessata, è composto anche dalle seguenti persone con disabilità in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992:

1. Nome Cognome

Relazione di parentela

2. Nome Cognome

Relazione di parentela

SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

☐ che il nucleo familiare di convivenza della persona con disabilità interessata è composto dai seguenti minori:

1. Nome Cognome Età

Relazione di parentela

2. Nome Cognome Età

Relazione di parentela

3. Nome Cognome Età

Relazione di parentela

☐ di aver percepito negli ultimi 12 mesi contributi economici da parte della Società della Salute /Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa/Az. USL, per fini assistenziali, la cifra complessiva di euro, in relazione a uno o più dei seguenti progetti:

- Fondo regionale per la Non Autosufficienza (L.R. 66/2008)
- progetti Vita Indipendente (decreto dirigenziale 1024/2012, 847/2013 e DGRT 1329/2015);
- contributi per persone affette da SLA (DGRT 721/2009, DGRT 723/2014, DGRT 334/2016);
- contributi per gravissime disabilità (DGRT 342/2016);
- contributi a favore delle famiglie con figli minori disabili (L.R. 82/2015);

SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

- bando accompagnamento al lavoro FSE (decreto dirigenziale 6456/2015);
- contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche negli edifici privati (L.R. 47/1991);
- altro (specificare):

☐ che la persona disabile interessata è in possesso di I.S.E.E. standard o ordinario in corso di validità *(ai sensi del D.P.C.M. n.159 del 5 Dicembre 2013, modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito, con legge n. 89 del 26 maggio 2016), pari a euro*

oppure

☐ che la persona disabile interessata non dispone di attestazione I.S.E.E. standard o ordinario in corso di validità *(ai sensi del D.P.C.M. n.159 del 5 Dicembre 2013, modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito, con legge n. 89 del 26 maggio 2016)*. Pertanto è consapevole che nella definizione della graduatoria di accesso verrà attribuito un punteggio pari a 0 (zero) sul criterio corrispondente e che non potrà beneficiare del contributo economico.

DICHARA inoltre

- ☐ di essere a conoscenza che non sono ammissibili richieste di contributi:
- per interventi già finanziati o in corso di valutazione sulla base delle vigenti disposizioni regionali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche;



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

- per ausili compresi nel "Nomenclatore tariffario" di cui al Decreto Ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999 o comunque acquisibili attraverso valutazione specialistica del competente servizio del S.S.N.

☐ di essere a conoscenza che l'eventuale contributo potrà essere erogato solo dopo l'esecuzione delle opere e/o acquisto e installazione delle attrezzature dietro presentazione di relative fatture / documentazioni di spesa quietanzate.



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI ATTINENTI AL PROGETTO

(barrare una delle opzioni)

- ☐ Indirizzo di residenza della persona disabile interessata;
- ☐ Indirizzo di residenza dell'eventuale rappresentante firmatario della domanda;
- ☐ Altro indirizzo: Nome Cognome

Via/Piazza n. civico

Comune Prov. CAP

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE UTILI

.....

.....

.....

ALLEGA i seguenti documenti:

- copia della **certificazione di gravità dell'interessato** di cui all'art. 3, comma 3, della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992;
- copia della **carta d'identità in corso di validità**, o di altro documento equipollente, **della persona che sottoscrive la domanda.**



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

Il Richiedente

_____ lì ____/____/_____
(Luogo) (Data) (Firma)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

I dati personali conferiti saranno trattati nell'ambito di questo procedimento e per le operazioni previste dalla legge. Il trattamento avviene manualmente e con strumenti informatici da parte di personale appositamente incaricato del trattamento dati. L'interessato potrà esercitare in qualsiasi momento il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento, il blocco e la cancellazione, se incompleti, sbagliati o trattati in modo diverso da quanto previsto dalla legge o dal regolamento che disciplina il procedimento per i quali sono stati raccolti o con quanto indicato nella presente informativa.

Il Richiedente

_____ lì ____/____/_____
(Luogo) (Data) (Firma)