|  |  |
| --- | --- |
| **Marchio Distretto**  COMUNE CAPOFILA ALATRI | DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE “A”  (PROVINCIA DI FROSINONE)  L. 328/2000  ***Comuni di:*** *Acuto, Alatri, Anagni, Collepardo, Filettino, Fiuggi,**Guarcino, Paliano, Piglio, Serrone, Sgurgola, Torre Cajetani, Trevi nel Lazio, Trivigliano, Vico nel Lazio.*  *.*  **Piazza Regina Margherita n 4 - 03011 ALATRI (FR)**  *Struttura di Piano*: tel. 0775.448210/13 - Fax: 0775.448209  e-mail: [info@distrettosocioassistenziale.org](mailto:info@distrettosocioassistenziale.org)  PEC: [protocollo.comunealatri@pec.it](mailto:protocollo.comunealatri@pec.it);  sito internet: [www.distrettosocioassistenziale.org](http://www.distrettosocioassistenziale.org) |

**ALLEGATO 2**

**MODULO DI DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER L’INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEL PROGETTO…………**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.E.C\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di: Diretto interessato Familiare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutore Amministratore di sostegno Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CHIEDE

di partecipare all’Avviso Fondo per inclusione per persone con disabilità -Spettro Autistico dichiarando la propria preferenza:

Intervento 1. percorsi di socializzazione dedicati ai minori e all’età di transizione fino a 21 anni;

Intervento 2. progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno (gruppi di

cammino, attività musicale, attività sportiva) dedicati agli adulti ad alto funzionamento;

Intervento 3. progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire attraverso attività sociali (sport, tempo

ricreativo, mostre) l’inclusione;

Intervento 4. progetti sperimentali volti alla formazione e all’inclusione lavorativa;

Intervento 5. interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello

spettro autistico;

A tal fine dichiara:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Composizione del nucleo familiare** | | | | |
| **Cognome e nome** | **Luogo di Nascita** | **Data di Nascita** | **Parentela** | **Invalidità (Invalidità Civile, Indennità di accompagnamento, L.**  **104/92 , indicare la percentuale)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attualmente usufruisce di servizi** | | | |
| **Tipologia di servizio** | **Erogatore** | **Ore a settimana** |  |
| Servizio assistenza Domiciliare - SAD |  |  |  |
| Trattamenti riabitativi in regime convenzionato:   * ambulatoriali * domiciliari * semiresidenziali |  |  |  |
| Centro Diurno / Laboratorio |  |  |  |
| Inserimento Lavorativo / Formativo |  |  |  |
| Altro: |  |  |  |
| Nessun servizio |  |  |  |
| **SITUAZIONE REDDITUALE**  **Attestazione ISEE ordinario 2024 o ISEE corrente 2024** | | | |
| Da 0 a € 3.000,00 | | |  |
| Da € 3.001,00 a € 6.000,00 | | |  |
| Da € 6.000.01 a € 9.360,00 | | |  |
| Da € 9.361,00 a € 15.000,00 | | |  |
| Superiore a € 15.001,00 | | |  |

**Si allega al presente Modulo di Domanda (allegato 2):**

- documento di identità in corso di validità della persona con disabilità;

- copia della certificazione di disabilità ai sensi della L. 104 del richiedente e/o del certificato di invalidità civile (no certificazioni con OMISSIS) e/o della diagnosi dell’UOC di Neuropsichiatria del Servizio Sanitario Nazionale, ove si evinca la primaria diagnosi di disturbo dello spettro autistico;

- nei casi di persone con disturbo dello spettro autistico rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l’istante a rappresentare la persona disabile unitamente a copia del documento d’identità;

- titolo di soggiorno se cittadino straniero;

- Attestazione ISEE ordinario 2024 o ISEE corrente 2024.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare all’ADS 15 le ragioni di impossibilità a prendere parte al progetto o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’art. 9 dell’Avviso sul trattamento dei dati personali di

cui all’articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**