

Al Presidente Comitato dei Sindaci
Distretto Socio Sanitario n13
Piazza Municipio n 5
95041 Caltagirone

OGGETTO: RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALLA SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

La/ Il sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____
nato/a a..... il residente in
..... via n.....
cap. _____ tel. _____ posta elettronica

Visto l'avviso pubblico con il quale si invitano i cittadini a presentare istanze per la partecipazione alla sperimentazione di cui in oggetto ; considerato che possiede i requisiti richiesti per la partecipazione ;

Chiede

Di essere ammesso alla sperimentazione e che gli venga approvato Piano assistenziale con i seguenti servizi:

- A) Assistente personale per la cura domiciliare e per il sostegno delle attività di inclusione sociale e relazionale;
- B) Co-Housing
- C) Borse lavoro per inclusione sociale
- D) Trasporto sociale
- E) Domotica

A tal fine ai sensi e per gli effetti della L. 445/2000 dichiara:

- 1) Di avere / non avere partecipato ad altre sperimentazioni di accompagnamento lavorativo;
- 2) Di voler permanere all'interno del proprio nucleo familiare ;
- 3) Che il proprio immobile è/ non è privo di barriere architettoniche ;
- 4) Di voler aderire a gruppo di auto-mutuo aiuto ;
- 5) Di godere /non godere di adeguato supporto familiare ;
- 6) Di possedere reddito superiore / inferiore ad € 18.000,00

Data _____

Si allegano:

- Copia documento di identità
- Attestazione ISEE
- Documento comprovante la propria disabilità
- Altro titolo

Firma del richiedente