***Allegato 1***

Al Sig. Sindaco del Comune di Vizzini

Piazza Umberto I°

95049 Vizzini

**Oggetto: Richiesta d*i partecipazione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità – Anno 2014***

La/ Il sottoscritta/o (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:

1. Assistente personale per la cura domiciliare ;
2. Assistente personale per l’accompagnamento scolastico , formativo e sociale.
3. Contributo economico per la frequenza di attività socializzanti e culturali: laboratori teatrali, laboratori artistici , danza ed attività sportiva .
4. Percorso formativo volto all’inserimento lavorativo;
5. Inserimento lavorativo
6. Inserimento in gruppo appartamento

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