

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 31

Sant' Agata di Militello

Tramite il COMUNE DI _____

Oggetto: Richiesta ammissione Progetto VITA INDIPENDENTE "Borse lavoro".

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____
via _____ n. _____ C.F.. _____
Tel. _____ e mail _____
Pec _____

CHIEDE

L' ammissione Progetto VITA INDIPENDENTE " – Borse lavoro".

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e decadrà dai benefici conseguenti.

DICHIARA

Di possedere i requisiti previsti ai fini dell' ammissione dell' avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario in data _____ e precisamente (Contrassegnare le caselle che interessano):

- Residenza nel comune di _____ facente parte del D.S.S. n. 31;

-Disabilità certificata;

-Età compresa tra i 18 e 64 anni;

-Stato di disoccupazione

o inoccupazione;

-Idoneità a svolgere attività lavorativa.

Di trovarsi nella seguente situazione determinante priorità/punteggio/precedenza per l' ammissione:

PRIORITA'

Di vivere in affitto

ELEMENTI CHE DANNO DIRITTO ALL' ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO

Condizione familiare:

Disagio familiare accertato dal servizio sociale comunale:

- persona facente parte di nucleo familiare preso in carico dal servizio sociale
professionale da almeno sei mesi punti 6

- persona che vive sola punti 4

Persone a rischio di emarginazione:

- Fattori individuali di disagio certificabili (ex detenuti, persone con problemi con la giustizia, tossicodipendenti, ecc.), attestate dai servizi e dalle strutture istituzionalmente preposte (non sarà

attribuito punteggio per disabilità che dà diritto all'accesso) punti 2

- Persona che non ha vita sociale attiva fuori dalla famiglia punti 2

- giovani di età tra 18 e 29 anni che non studiano o non partecipa più a un percorso di formazione e non lavorano (Not in Education, Employment or Training- NEET) punti 10

Presenza di minori all'interno del nucleo familiare:

Per ogni minore presente nel nucleo familiare (max punti 10) punti 2, n. minori.....

Indicare il nome.....

Condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia:

Stato di disoccupazione o inoccupazione

- Persone inoccupate/ disoccupate n..... da sei a 12 mesi, punti 0,50

n..... da 12 a 24 mesi, punti 1

n..... da oltre 24 mesi, punti 2

*Comprovare con idonea documentazione ed indicare il nome.....

.....

Reddito percepito dal richiedente il beneficio certificato da ISEE in corso di validità

REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE PUNTEGGIO

Da € 0 ad € 12.000,00 4

Da € 12.000,00 ad € 24.000,00 3

Da € 24.000,00 ad € 36.000,00 2

Da € 36.000,00 ad € 48.000,00 1

Da € 48.001,00 0

PER PRECEDENZA IN CASO DI PARITA' DI PUNTEGGIO

Appartenenza alle categorie previste dall' art.1, comma 1, della Legge 12 marzo 1999, n.68

Anzianità di disoccupazione/inoccupazione dal

Allega:

Certificazione medica attestante lo status di disabilità, rilasciato dalle autorità pubbliche competenti;

-dichiarazione di Disponibilità al lavoro presentata al Centro per l'Impiego territorialmente competente;

-copia Documento d'Identità in corso di validità;

-copia del Codice Fiscale o Tessera Sanitaria;

-certificazione ISEE in corso di validità

.....,li.....

FIRMA

.....

COMUNE DI LONGI C_E674 - - 1 - 2025-05-22 - 0005142

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti sulla privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e ne autorizza il trattamento.

Dichiara, infine, di accettare le norme previste dall' avviso pubblico del distretto socio sanitario del

.....,li.....

FIRMA

.....

COMUNE DI LONGI C_E674 - - 1 - 2025-05-22 - 0005142