

Al Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di _____

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino

Oggetto: Interventi per il Dopo Di Noi – Legge N. 112/2016 – Fondo Annualità 2018.

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ e residente a _____ via _____ n. _____

C.F. _____ Tel. _____ Cell _____

In qualità di:

- Interessato;
- Tutore
- Amministratore di Sostegno
- Familiare

Del/della Sig./Sig.ra _____ nato a _____

il _____ e residente a _____ via _____ n. _____

C.F. _____ Tel. _____ Cell. _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" diretti a persone con disabilità grave priva del sostegno familiare.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare, che:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'articolo 4 della medesima legge;
- di essere residente nel Comune di _____ ricompreso nell'Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino;
- di avere un'età superiore a 18 anni.

Dichiara altresì di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, non beneficiaria di trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

Breve descrizione delle caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale, familiare e abitativa.

| COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE | | |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|
| Nominativo | Grado di parentela | Data di nascita |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- Studente
- Disoccupato/a
- Pensionato / a
- Altro _____
- Lavoratore /trice

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto

- da solo
- in comunità
- in famiglia
- Altro _____

Usufruisce dei seguenti servizi

| Tipologia | Pub. | Pri. | Con. | Tem. | Ore sett. |
|---|------|------|------|------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Assegno di cura | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trasporto | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Buoni servizio | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza / volontariato | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Centro diurno | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Inserimento lavorativo e/o formativo | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Servizio socio – assistenziale – educativo scolastico | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Telesoccorso / Teleassistenza | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Assegno disabilità gravissima | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Altro | | | | | |

Legenda: Pub = pubblico; Pri = privato; Con = continuativo; Tem = temporaneo

Altro:

Indicazione del tipo di intervento richiesto:

- AZIONE “A”: percorsi programmati di accompagnamento per l’uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione di cui all’art. 3, commi 2 e 3 del DPCM del MLPS del 23/11/2016;
- AZIONE “B”: interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che presentino caratteristiche di cui all’articolo 3 comma 4 del Decreto attuativo del MLPS del 23.11.2016.
- AZIONE “C”: programmi di accrescimento della consapevolezza, di abitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana art. 3 comma 5 del Decreto attuativo del MLPS del 23.11.2016, anche attraverso tirocini per l’inclusione sociale;

- AZIONE "E": interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare di cui all'art. 3 comma 7 del Decreto attuativo del MLPS del 23.11.2016.

In riferimento al co-housing, indicare:

- a. l'ubicazione dell'alloggio di riferimento per il co-housing, se di proprietà, in affitto o altro:

- b. nominativi delle persone in co-housing:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Indicare gli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso l'intervento richiesto:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Inoltre il sottoscritto dichiara che l'abitazione per il co-housing:

- ha la necessaria certificazione di agibilità,
- ha la certificazione di idoneità degli impianti,
- ha l'attestazione energetica APE,
- ha regolare contratto di affitto o titolo di proprietà.

La suddetta documentazione deve essere presentata entro venti giorni dalla comunicazione di avvenuto finanziamento del progetto.

(Compilazione a cura dell'UVM)

Proposta di Case Manager

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

| |
|----------------------------------|
| Domiciliato a _____ in Via _____ |
| Codice Fiscale _____ |
| Tel. _____ Mail _____ |

Si allega:

- documento di identità del richiedente e/o del beneficiario;
- certificazione attestante Invalidità civile o handicap;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/92;
- certificato dell'ISEE ordinario;
- copia o autocertificazione stato di famiglia;
- nei casi di persone rappresentati da terzi, copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittima l'istante a rappresentare la persona disabile;
- permesso di soggiorno valido, se cittadino straniero;
- altro (documentazione utile alla valutazione dell'UVM).

Data e Luogo _____

Firma del Richiedente il beneficio, suo familiare,
tutore ovvero amministratore di sostegno
