

*Interventi per il Dopo Di Noi – Annualità 2019***MODELLO DI DOMANDA**

Al Responsabile dell'Ufficio di
Piano dell'Ambito Distrettuale
Sociale n. 16 Metropolitano

E,p.c. Al Responsabile dell'Area Sociale del
Comune di _____

Il/La Sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ Tel. _____

In qualità di:

- ☐ Interessato;
- ☐ Tutore
- ☐ Amministratore di Sostegno
- ☐ Familiare

Del/della Sig./Sig.ra _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ Tel. _____

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. 16 metropolitano;
- ✓ di avere un'età superiore a 18 anni.

Dichiara altresì di essere 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;
- ☐ persona beneficiaria dal 2010 in poi, di una delle progettualità residenziali "Dopo di noi" previste dalla DGR Abruzzo n. 934/2010.

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

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE E RETE DI SUPPORTO			
Nominativo	Grado di parentela	Età	Disabilità

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

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

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto

- ☐ in strutture residenziali di cui all'Art. 4, c. 3, lettera c) del D.M. 2016
- ☐ da solo
- ☐ in famiglia

Usufruisce dei seguenti servizi					
Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore sett.
☐ Servizio assistenza domiciliare					
☐ Assistenza Infermieristica					
☐ Assistenza domiciliare integrata					
☐ Servizio di aiuto alla persona					
☐ Assegno di cura					
☐ Trasporto					
☐ Buoni servizio					
☐ Disponibilità di obiettori di coscienza / volontariato					
☐ Centro diurno					
☐ Inserimento lavorativo e/o formativo					
☐ Servizio socio – assistenziale – educativo scolastico					
☐ Telesoccorso / Teleassistenza					
☐ Assegno disabilità gravissima					
☐ Altro					

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

Altro:

Indicazione del tipo di intervento richiesto:

☐ Accompagnamento uscita l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione anche prevedendo interventi di coinvolgimento delle strutture alloggiative già esistenti e autorizzate ai sensi della D.G.R. n.1230/2001;

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Indicare n. 2 preferenze delle strutture scelte:

1. _____
2. _____

Case manager

Nome e Cognome _____
nato a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____
C.F. _____ Tel. _____

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali da parte nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs 196/2003, in materia di protezione dei dati personali

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;
- ☐ certificazione di disabilità del/dei genitore/i ai sensi della legge 104/92;
- ☐ certificato dell'ISEE ordinario;
- ☐ 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;
- ☐ titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- ☐ altro

Data e Luogo _____, _____

Firma del Richiedente il beneficio
