

Allegato A)

RICHIESTA DI CONTINUITA' PROGETTUALE
AVVISO DOPO DI NOI _ Risorse annualità 2023
Interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare
Ai sensi della DGR 2912 del 05/08/2024

AL COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____
(in qualità di soggetto destinatario del beneficio)

nato/a a _____ il _____

CF _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ Tel _____

e-mail _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____
(in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio)

nato/a a _____ il _____

CF _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ Tel _____

e-mail _____

quale ADS Genitore

Tutore/curatore Familiare

Altro _____

(specificare)

del/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

CF _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ Tel _____

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità al presente avviso e quindi:

- che la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- di avere un'età di _____ anni;
- di essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92;
- di non usufruire di altre misure, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto.
- di avere un ISEE sociosanitario pari a € _____

Dichiara di trovarsi/che il beneficiario si trova in una delle seguenti condizioni:

- persona con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, con priorità ai disabili privi di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- persona con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle previste dal DM (Gruppi appartamento e soluzioni di Cohousing riproducenti le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e con capacità ricettiva fino a 5 p.l.)
- persona con disabilità grave in possesso di risorse economiche e/o con genitori ancora in grado di garantire il sostegno genitoriale, per le quali è comunque emersa la necessità di esigenze abitative extra-familiari e l'idoneità per gli interventi di cui alla Legge n. 112/2016

Dichiara inoltre:

di frequentare i seguenti servizi diurni:

- centro socioeducativo (CSE)
- servizio formativo all'autonomia (SFA)
- centro Diurno disabili (CDD)
- altri servizi educativi territoriali (specificare) _____

di beneficiare delle seguenti misure:

- servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Misura B2 FNA: Buono Caregiver familiare
- Misura B2 FNA: buono per accompagnamento Vita indipendente
- Voucher inclusione disabili
- Accoglienza residenziale in Unità di Offerta sociosanitaria (RSD,CAH,CSS)
- _____
- Progetto sperimentale Vita indipendente (Pro.VI)

CHIEDE

La prosecuzione del progetto in essere già attivato e consolidato, o in via di consolidamento, e l'accesso al Fondo Dopo di Noi per la seguente tipologia di sostegno

- Accompagnamento all'autonomia** (percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare, ovvero per la deistituzionalizzazione);

- Supporto alla residenzialità** (interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative).
A tal proposito segnalo l'eventuale disponibilità:
 - ad accogliere altre persone con disabilità grave in un appartamento di mia proprietà da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi;
 - a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione;

Il/la sottoscritto/a dichiara infine, di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione del progetto individualizzato predisposto e valutato dall'equipe multidisciplinare e di essere a conoscenza dei criteri di priorità previsti per l'assegnazione delle risorse riportati nell'Avviso e per quanto non specificato in riferimento al DM 23 novembre 2016 e dalla DGR n. 2912/2024

Il/la sottoscritto/a _____, informato/a ai sensi del Regolamento UE 679/16 come da art. 8 dell'Avviso pubblico, con la firma in calce presta il consenso e per l'effetto autorizza il trattamento dei dati personali e dati particolari.

Luogo e data

Firma

Si allega

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- codice fiscale del beneficiario;
- certificazione e/o verbale di invalidità civile
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92
- ISEE sociosanitario.