

Al Comune di _____

Per la trasmissione all'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO "DOPO DI NOI"
ANNUALITA' 2016/2017/2018**

Il/La sottoscritto/a in qualità di
soggetto richiedente, nato/a a il
....., residente a in
..... tel.
indirizzo mail

Oppure, se impossibilitato/a,

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a
..... il, residente
a in
..... tel.
indirizzo mail

in qualità di:

- genitore del soggetto richiedente;
- familiare del soggetto richiedente;
- esercente la responsabilità o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente.

CHIEDE

l'attivazione di un Progetto Personalizzato a valere sul *Dopo di NOI*

TIPOLOGIE DI SOSTEGNO

- Linea a)** Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, di cui all'articolo 3, commi 2 e 3. Le azioni di cui al presente punto e alla successiva lettera b) devono riprodurre e ricercare soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare.

- Linea b)** Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4.
- Linea c)** Programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile programmi di accrescimento della consapevolezza abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia (art. 3, comma 5), anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (art. 3, comma 6).
- Linea d)** Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra familiare di cui all'art 3 comma 7.

REQUISITI DI AMMISSIBILITA'

Consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesti dall'Avviso pubblico "Dopo di Noi", ovvero:

- che la condizione di disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- di essere in possesso di certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
- di essere residente in uno dei comuni dell'ATS di Caulonia

Dichiara di trovarsi inoltre in una delle seguenti condizioni:

- persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori e assenza 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, in particolare all'età ovvero alla propria situazione di disabilità non sono più nella condizione di continuare a garantire nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa alla persona disabile grave;
- persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali con caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

Di aver preso visione di quanto previsto nell'Avviso Pubblico e di accettarne tutte le condizioni.

Di essere a conoscenza che le priorità di accesso per la determinazione della platea dei beneficiari sono le seguenti (Art 3 dell'Avviso pubblico):

1. Area del Sostegno Familiare
2. Area delle limitazioni dell'autonomia del soggetto
3. Area della condizione abitativa ed ambientale
4. Area della condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

1. Copia di un documento di identità, in corso di validità, del beneficiario;
2. Copia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente (se diverso dal beneficiario);
3. Copia del verbale di invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS (Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile) in corso di validità;
4. Certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/1992 in corso di validità;
5. Certificazione ISEE socio-sanitaria del beneficiario in corso di validità;
6. Copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona con disabilità, nel caso in cui il beneficiario sia rappresentato da terzi (Decreto di nomina di tutela, curatela o amministratore di sostegno).

Il/La sottoscritto/a, informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del vigente Regolamento UE GDPR 2016/679 autorizza il trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'accesso ai diversi sostegni è subordinato alla definizione di un progetto personalizzato che sarà adottato, in seguito alla valutazione multidimensionale, da una equipe multiprofessionale, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave e/o dei suoi familiari.

Luogo e data

Firma