

Interventi per il Dopo Di Noi

MODELLO DI DOMANDA

Al Servizio 'Piano d'Ambito e
Programmazione Sociale'
ECAD n. 15 PESCARA

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 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, in attuazione di quanto previsto dalla Legge 22 giugno 2016, n. 112 e dai Decreti Ministeriali del Lavoro e delle Politiche Sociali del 23 novembre 2016 e del 21 giugno 2017;

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 Pescara ricompreso nell'Ambito Distrettuale Sociale n. 15;
- ✓ 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;

<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:

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;

Soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare;

Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che presentino caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, ai sensi dell'articolo 4 della legge n.112 del 2016 e dell'articolo 3 comma 4 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. _____

Eventuale indicazione di n. 2 preferenze del luogo ove si prevede di realizzare il progetto 'Dopo di Noi'. Tale luogo potrà essere scelto, confermato e/o sostituito, qualora l'istante risulti beneficiario, anche in sede di redazione del progetto personalizzato da parte dell'Equipe multi professionale (ECAD e UVM). A tal fine si potrà far ricorso anche all'elenco redatto dagli ECAD a seguito di apposito avviso di manifestazione d'interesse.

1. _____

2. _____

Case manager

Nome e Cognome _____

nato/a 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 della vigente normativa nazionale in materia.

Si allega:

documento di identità del richiedente e/o del beneficiario;

certificazione attestante Invalidità civile o handicap dell'istante

certificazione di disabilità grave dell'istante, 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;

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;

titolo di soggiorno se cittadino straniero;

attestazione di inserimento della struttura residenziali di cui all'Art.4, c. 3, lettera c) del D.M. 2016;

altro

Data e Luogo _____, _____

*Firma del Richiedente o del genitore se delegato
o di chi ne garantisce la tutela legale (tutore/curatore/amministratore di sostegno)*
