



Area "Amministrativa"
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Politiche Sociali

ALLEGATO B

Comune di Pescara
Servizio "Politiche Sociali"
Piazza Italia, 1 - 65121

MODULO DI DOMANDA – RICHIESTA DI FRUIZIONE DEGLI INTERVENTI DEL "DOPO DI NOI"
DI CUI ALLA L. 112/2016.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL/LA DIRETTO/A INTERESSATO/A

Cognome e nome dell'utente _____ nato/a a _____
_____ (____) il ____/____/____ residente a _____ in
Via/Piazza _____ n° _____ Telefono
_____ C.F. _____
E-mail _____ (campo obbligatorio)

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL/LA DIRETTO/A INTERESSATO/A

Cognome e nome del Familiare / Tutore legale / Amministratore di sostegno _____
_____ nato/a a _____ (____) il
____/____/____ residente a _____ in
Via/Piazza _____ n° _____ Telefono
_____ C.F. _____
E-mail _____ (campo obbligatorio)

In qualità di (barrare l'opzione corretta):

- Familiare
- Tutore legale
- Amministratore di sostegno
- altro (specificare) _____

del Sig./Sig.ra cognome e nome: _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____ residente a _____

Area "Amministrativa"
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Politiche Sociali

Via/Piazza _____ n° _____

Telefono _____ C.F. _____

E-mail _____ (campo obbligatorio)

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per usufruire degli interventi previsti dalla L. 112/2016

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

di essere in possesso dei requisiti richiesti quali:

- residenza nel Comune di Pescara e, se straniero, con regolare titolo di soggiorno;
- disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92;
- età dai 18 anni in sù;
- prive del sostegno familiare in quanto rientranti in una delle seguenti casistiche:
(barrare l'opzione corretta)
 - mancanza di entrambi i genitori;
 - impossibilità da parte dei genitori di fornire adeguato sostegno;
 - prospettiva del venir meno del supporto da parte del nucleo familiare.

Dichiara, altresì,

- di essere in una delle seguenti condizioni:
(barrare l'opzione/i corretta/e)
 - mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
 - i cui genitori per ragioni legate all'età ovvero a proprie situazioni di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro, nel futuro prossimo, il sostegno genitoriale necessario;
 - inserite in strutture residenziali le cui caratteristiche strutturali e organizzative non consentono in alcun modo di riprodurre le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;
 - 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.

Area "Amministrativa"
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Politiche Sociali

- di essere consapevole che gli interventi di cui può fruire nell'ambito dei fondi del Dopo di Noi (sulla base di quanto previsto dall'art. 5 dell'Avviso) sono:
 - ❖ assistenza personale a scopo educativo;
 - ❖ soggiorni temporanei al di fuori dell'ambito familiare (inserimenti graduali in gruppi appartamento o esperienze di brevi periodi in appartamenti palestra);
 - ❖ soggiorni continuativi in gruppi appartamento;
 - ❖ palestre di vita e sviluppo delle competenze per il raggiungimento di un maggiore livello di autonomia;
 - ❖ interventi previsti per le situazioni di emergenza;
- che il proprio nucleo familiare e la rete di supporto dell'istante sono composti da:

BREVE DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE ESSENZIALI RELATIVE ALLA SITUAZIONE INDIVIDUALE, FAMILIARE E ABITATIVA ()			
Nominativo	Grado di parentela	Età	Disabilità /Invalidità

- che l'attuale situazione occupazionale dell'istante è/sono la/e seguente/i:
(barrare l'le opzione/i corretta/e)

- Studente**
 Lavoratore/trice
 Inoccupato/a
 Pensionato/a
 Altro _____

- di essere beneficiario di altri contributi in ragione della propria disabilità SI NO **(barrare l'opzione corretta)** e in caso di risposta "SI" specificare quale/i contributo/i:

_____ ;

DICHIARA, INOLTRE

- di aver preso visione di tutte le disposizioni contenute e richiamate nell'Avviso pubblico per la concessione del contributo in parola e di accettarne le condizioni senza riserva alcuna;
- di essere a conoscenza ed accettare che ogni comunicazione relativa alla presente procedura avverrà mediante indirizzo di posta elettronica indicato nella presente domanda;

Area "Amministrativa"
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Politiche Sociali

- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 allegata all'Avviso pubblico;
- di essere a conoscenza delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.lgs. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del predetto D.lgs.

Allegati obbligatori:

- Copia del documento di identità, in corso di validità, dell'istante;
- Copia della certificazione di disabilità dell'istante ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 3;
- Copia del regolare titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- Certificazione ISEE in corso di validità.

Si allegano, altresì:

- Nei casi di persone con disabilità rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona con disabilità unitamente a copia del documento d'identità;
- Copia certificazione attestante Invalidità civile dell'istante;
- Eventuale copia certificazione attestante Invalidità civile e/o certificazione L. 104/92 del familiare unitamente a copia del documento d'identità;
- Certificazione ISEE ordinario in corso di validità;
- Eventuale attestazione di inserimento in struttura residenziale di cui all'Art.4, c. 3, lettera c) del D. Interm. MLPS 23.11.2016.
- Altro _____

Data e Luogo _____, _____

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

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e della vigente normativa nazionale in materia.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 allegata all'Avviso pubblico.

Pescara,

FIRMA