

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO
(modello D per persone fisiche)**

PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER "INTERVENTI DI PERMANENZA TEMPORANEA IN SOLUZIONE ABITATIVA EXTRA-FAMILIARE" PREVISTI NEL PROGRAMMA OPERATIVO LOCALE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE- "DOPO DI NOI" -L-112/2016 E IN ATTUAZIONE DELLA DGR n. X/6674/2017

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario
del beneficio nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
n. _____ Tel _____
e-mail: _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____
Tel. _____ e-mail: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, ovvero

familiare amministratore di sostegno tutore

Per conto e a favore del/la sig./sig.ra _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
_____ in Via _____
_____ n. _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico approvato con Determinazione del Direttore n. 28 del 23/02/2018 per l'assegnazione dei sostegni a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -**Dopo di noi**- l. n. 112/2016 e in attuazione della DGR n.6674/2017- annualità 2016 e 2017

e di poter attivare un progetto individuale, ai sensi dell'art.14 Legge 328, relativo ad **interventi gestionali** previsti nell'avviso Dopo di Noi:

Ricoveri di sollievo/Pronto intervento (interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extrafamiliare) presso la struttura di residenzialità

Per il periodo _____ prevedendo un costo giornaliero pari a € _____

E DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesti nell'Avviso in oggetto (ovvero che il beneficiario dell'intervento è in possesso dei seguenti requisiti):

- che la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

- di avere un'età di _____, compresa tra i 18 e i 64 anni;

-di essere residente nel Comune di _____ dell'Ambito distrettuale Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino;

- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

- di essere privo del sostegno familiare in quanto (*segnare con una croce nell'apposito spazio*):

- mancante di entrambi i genitori
- i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
- si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare

- di frequentare (*segnare con una croce nell'apposito spazio*) i servizi seguenti servizi diurni:

- Centro Socio Educativo (CSE)
- Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA)
- Centro Diurno Disabili (CDD)
- Servizio Territoriale disabili autorizzato con sede a _____

- di beneficiare delle seguenti misure (*segnare con una croce nell'apposito spazio*)

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare
- Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Misura Reddito di autonomia disabili
- Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali (RSD;CA;CSS) specificare _____
- Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Sostegni inerenti le misure "dopo di noi" specificare _____
- altro (specificare) _____

- che la situazione di emergenza si è verificata a seguito di

-di essere disponibile all' esperienza di permanenza in accoglienza temporanea.

- di avere un ISEE ordinario pari a _____ e di un ISEE socio-sanitario pari a _____;

DICHIARA INOLTRE

-Di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni; -di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale, realizzata in forma integrata da parte di un'équipe composta da professionalità quali medico appartenente all'ASST e operatori sociali appartenenti all'Ambito/Comuni e di accettarne gli esiti;

-di essere a conoscenza che il sostegno è prioritariamente garantito alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare in base alla necessità di maggiore urgenza (decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. 6674 del 07/06/2017;

-di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individualizzato;

-di impegnarsi a compartecipare alle spese previste per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;

-di dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno ad Azienda Isola, entro dieci giorni dall'evento stesso.

-di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;

Allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti (in copia);
- codice fiscale del beneficiario (in copia);
- Carta dei servizi della struttura di residenzialità (in copia)
- ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (*in copia*)
- ISEE ordinario (per priorità) (*in copia*)
- Certificato di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 (*in copia*)
- Verbale invalidità civile (*in copia*)
- Schede ADL, IADL e scheda di valutazione sociale compilata e sottoscritta dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- MODULO INFORMATIVA PER CONSENSO PRIVACY e RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA MISURA DOPO DI NOI (L. 112/16)
- Altro _____

Data

Firma
