

ALLEGATO - "MODELLO DI DOMANDA"

All'Ufficio di Piano – Servizi Sociali

Del Comune di Trebisacce

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO PER ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE

"DOPO DI NOI" L.N. 112/2016. ANNUALITÀ 2016 - CUP **G61E18000170001**

"DOPO DI NOI" L.N. 112/2016. ANNUALITÀ 2017 - CUP G31H23000050001

"DOPO DI NOI" L.N. 112/2016. ANNUALITÀ 2018 - CUP G31H23000060001

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

A conoscenza delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenete dati non più rispondenti a verità (att. 76 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche) in base agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

**DICHIARA**

Di essere nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**OPPURE**

**IN NOME E PER CONTO DI**

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**Dichiarando di agire in qualità di:**

Familiare

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

## DICHIARA

1. che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

## CHIEDE

L'attivazione di un progetto personalizzato per il/la

Sig/sig.ra \_\_\_\_\_

## A VALERE SULLE SEGUENTI TIPOLOGIE DI SOSTEGNO

"Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione".

"Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (inclusa la propria abitazione)".

"Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana".

"Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare" programmate a supporto delle famiglie che assistono la persona disabile.

## REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ

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", ossia:

- di avere una età compresa tra 18 e 64 anni;
- 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'Ambito Territoriale di Trebisacce.

## CONDIZIONI DI PRIORITÀ

Dichiara, altresì:

- di trovarsi in una condizione di ulteriore priorità caratterizzata dalla maggiore urgenza, valutata in rapporto a:
  1. limitazioni dell'autonomia;
  2. ridotti sostegni che la famiglia è in grado di fornire in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione per garantire una buona relazione interpersonale;
  3. inadeguata condizione abitativa e ambientale (ad es. spazi inadeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche inadeguate, condizioni strutturali inadeguate, barriere architettoniche interne ed esterne all'alloggio, ecc ...);
  4. condizioni di vulnerabilità economica della persona con disabilità e della sua famiglia, certificate dall'ISEE ordinario (in tal caso allegare alla documentazione).
- Di essere in possesso di un ISEE socio sanitario come previsto dall'Avviso.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
informato ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679 autorizza il trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma del beneficiario diretto**

\_\_\_\_\_

**Firma del**

Familiare

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

(barrare la voce che ricorre)

\_\_\_\_\_