

MODULO DI DOMANDA

Domanda presentata in qualità di:

- Beneficiario
- Familiare (grado di parentela rispetto al beneficiario) _____
- Amministratore di sostegno/ Tutore/ Curatore (n° istanza) _____
- Rappresentate legale dell'Ente/ Associazione (indicare denominazione) _____

denominazione	
sede legale in	via
tel.	mail
C.F./p.IVA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Nome e Cognome _____

(di chi presenta la domanda)

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

codice fiscale _____

Riferimenti telefonici _____

mail _____

Dati beneficiario (se diverso da chi presenta la domanda)

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Cod.fiscale _____

Riferimenti telefonici _____

mail _____

ads/tutore ove presente (nome e cognome) _____

Riferimenti telefonici _____

Mail _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per l'accesso ad interventi di sostegno a favore delle persone con disabilità gravi prive del sostegno familiare - "dopo di noi" Legge 22/6/2016 n. 112 - D.G.R. n. 6674/2017

DICHIARA

Che il beneficiario:

- ha età compresa tra i 18 e i 64 anni
- è in possesso di certificazione di gravità L. 104 (art. 3 comma 3)
- è privo di sostegno familiare in quanto:
 - Mancante di entrambi i genitori
 - I genitori non sono più in grado di garantire adeguato sostegno genitoriale
 - Il sostegno familiare non può essere garantito nel prossimo periodo

E

chiede di partecipare a uno dei seguenti interventi

(indicare con una crocetta l'intervento richiesto)

INTERVENTI GESTIONALI

PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA

- Sostegno accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare

INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITA' IN SOLUZIONI ALLOGGIATIVE:

A. **Gruppi appartamento:** residenzialità/appartamento in cui convivono da 2 fino ad un massimo di 5 persone disabili. Rientrano in tale tipologia:

- Gruppo appartamento gestito da un Ente pubblico o privato che assicura i servizi alberghieri, educativi e di assistenza;
- Gruppo appartamento autogestito in cui convivono persone con disabilità autogestendosi i servizi alberghieri, educativi e di assistenza anche mediante il ricorso a personale assunto direttamente oppure tramite fornitori di sostegno esterni.

B. **Comunità alloggio sociali:**

- in cui convivono da 2 fino ad un massimo di 5 persone disabili e con i servizi alberghieri, educativi e di assistenza assicurati da Ente gestore, come forme di residenzialità qualificata per avviare un percorso che coerentemente con le finalità della Legge 112, possa poi trasformarsi in un percorso di vita Dopo di Noi all'interno di soluzioni alloggiative concepite come casa e non come struttura di servizio residenziale.

C. **Cohousing/housing:**

- insediamenti abitativi composti da abitazioni private corredate da spazi destinati all'uso comune e alla condivisione tra i diversi residenti (coholders). Di norma tali soluzioni abitative prevede la presenza da 2 a 5 posti letto

INTERVENTI DI PERMANENZA TEMPORANEA IN SOLUZIONE ABITATIVA EXTRA FAMILIARE:

- interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare (ad es. per decesso o ricovero ospedaliero del caregiver familiare) – pronto intervento

INTERVENTI INFRASTRUTTURALI

INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DELL'ABITAZIONE

- Contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma di impianti, adattamenti domotici**

Finalità dell'intervento strutturale:

- migliorare l'accessibilità: eliminazione barriere architettoniche
- migliorare la fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche
- mettere a norma gli impianti

L'assegnazione del contributo è destinata all'unità immobiliare di seguito identificata:

Sita nel comune di _____

Via _____

Di proprietà:

- della famiglia/ della persona disabile grave con la finalità di essere messa a disposizione per la realizzazione delle residenzialità di cui al presente Programma.
- dell'Ente pubblico
- di edilizia popolare
- di proprietà di Ente privato no profit ONLUS

L'intervento infrastrutturale per cui si richiede il contributo ha la finalità di realizzare:

- gruppo appartamento con Ente gestore
- residenzialità autogestita
- soluzioni abitative di Co-housing/Housing

SOSTEGNO AL CANONE DI LOCAZIONE/SPESE CONDOMINIALI

- Contributo sostegno del canone di locazione/spese condominiali**

- Canone di locazione
- Spese condominiali

Tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento:

- Soluzione abitativa autogestita da più persone con disabilità
- Soluzione abitativa in Co-housing/housing

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 46, 75, 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

Per ogni persona per la quale l'ente presenta la richiesta è necessario compilare più domande

Allega alla presenta domanda per ogni singola persona

- Attestazione ISEE SOCIO-SANITARIO
- Attestazione ISEE ORDINARIO (per interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare)
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/1992
- Copia di documento d'identità in corso di validità del beneficiario
- Copia di documento d'identità in corso di validità del legale rappresentante dell'Ente
- Sintesi progettuale per l'intervento richiesto (accompagnamento all'autonomia, interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative, pronto intervento) allegato 1 alla domanda
- Allegato n. 2 alla domanda

Ulteriore documentazione necessaria ed integrativa potrà essere richiesta successivamente alla presentazione della domanda.

Per ogni persona per la quale l'ente presenta la richiesta è necessario compilare più domande

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda, qualora ammessa, prevede la realizzazione di una valutazione multidimensionale da parte di un'équipe multidisciplinare;
- 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 progetto individualizzato;
- di impegnarsi a partecipare, se previsto, alle spese per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;
- di impegnarsi a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno all'Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall'evento stesso.

Il sottoscritto oppure il rappresentante/ADS/tutore/curatore dichiara

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 tutti gli eventuali adempimenti conseguenti

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS 196/2003

*I dati, le informazioni, le documentazioni che verranno raccolti e trattati durante il colloquio e gli eventuali successivi aggiornamenti, potranno essere utilizzati per gli interventi e per i servizi richiesti.
Acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili che potrà essere effettuato solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento si riferisce e per rilevanti finalità di interesse pubblico previste da norme di legge o regolamentari, ai sensi della suddetta legge.*

Data _____

Firma

Legale Rappresentante Ente

Firma

(della persona o dei familiari o dell'ADS o tutore)
