

**PROGETTI DI UTILIZZO DEL FONDO PER IL DOPO DI NOI 2016 (DGR 6674/2017)
MISURE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO
FAMILIARE**

**DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE DEL DOPO DI NOI
(persona giuridica)**

La/Il sottoscritta/o

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

recapito telefonico _____ eventuale indirizzo email _____

in qualità di legale rappresentante dell'Ente _____

con sede a _____ in via _____

CF/P. IVA _____

Ad oggi ente gestore della seguente unità d'offerta sociale o sociosanitaria presente sul territorio dell'Ambito di Romano di Lombardia o del servizio sperimentale a carattere sociale convenzionato/accreditato con l'ASC Solidalia

Intende avviare i seguenti progetti per il Dopo di Noi

Rivolto alle sottoindicate persone:

- Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il _____
Residente a _____ in via _____
- Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il _____
Residente a _____ in via _____
- Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il _____
Residente a _____ in via _____
- Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il _____
Residente a _____ in via _____
- Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il _____
Residente a _____ in via _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per l'assegnazione dei sostegni a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare – Dopo di Noi – (l. 112/2016 e DGR 6674/2017) annualità 2016

e di poter attivare i progetti individuali, ai sensi dell'art. 14 legge 328/2000 in riferimento alle persone sopra indicate, relativamente a:

INTERVENTI INFRASTRUTTURALI

- CONTRIBUTUTO PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DELL'ABITAZIONE.
- CONTRIBUTUTO A SOSTEGNO DEL CANONE DI LOCAZIONE
- CONTRIBUTUTO A SOSTEGNO DELLE SPESE CONDOMINIALI

Dichiaro che l'alloggio è sito in via _____ località _____

INTERVENTI GESTIONALI

- VOUCHER A SOSTEGNO DEI PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA
- VOUCHER A SOSTEGNO DELLA RESIDENZIALITA' NELLA SEGUENTE SOLUZIONE ALLOGGIATIVA:
 - Gruppo appartamento con ente gestore
 - Gruppo appartamento autogestito
 - Soluzione abitativa di housing/cohousing

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

1. Di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesti nell'avviso in oggetto:
 - di aver maturato almeno due anni di comprovata esperienza nel campo dell'erogazione di servizi e attività in favore di persone con disabilità e loro famiglie;
 - essere iscritto al registro regionale/provinciale denominato _____ con numero di iscrizione _____ in quanto Cooperativa Sociale/Associazione/altro _____;
 - l'assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali o procedimenti penali in corso;
2. che la presentazione dell'idea progettuale si è svolta in coprogettazione con le seguenti modalità (indicare esatta denominazione soggetti partner e contenuti e modalità):

3. di essere autorizzate al funzionamento ai sensi dell'art. 13 comma 1 lettera B) della legge regionale 3/2008, autocertificando il possesso dei seguenti requisiti in riferimento all'alloggio sito in Via _____ Località _____:
 - capacità ricettiva pari a _____ posti letto;
 - che l'alloggio possiede i requisiti minimi previsti dalle norme per le case di civile abitazione;
 - che sono rispettate le misure di sicurezza e di prevenzione rischi;
 - che sono garantiti i requisiti per l'accessibilità e la mobilità interna; -
 - segnalare, se del caso, l'utilizzo di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone disabili (es. tecnologie di tipo domotico, di connettività sociale,...):

_____;

- che gli spazi sono organizzati in maniera tale da riprodurre le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, garantendo spazi adeguati per la quotidianità e il tempo libero;
- che gli spazi sono organizzati a tutela della riservatezza: le camere da letto sono _____(indicare se singole o doppie).

Luogo e Data _____ Firma del Legale Rappresentante _____

ALLEGA

- documento d'identità del legale rappresentante;
- codici fiscali dei beneficiari;
- autocertificazione dei beneficiari o di chi ne ha la tutela giuridica come da modello allegato.
- Proposta Progettuale: Descrizione sintetica delle finalità, degli obiettivi di intervento, degli esiti attesi e dei relativi indicatori di risultato per la realizzazione di un progetto di vita che promuova l'emancipazione della persona adulta con disabilità dai genitori e l'inclusione sociale della persona con disabilità.

Qualora vengano richiesti interventi infrastrutturali si allega inoltre in relazione alle singole unità immobiliari:

- titolo di proprietà;
- planimetria dell'abitazione;
- preventivo di spesa degli interventi di ristrutturazione programmati e/o contratto d'affitto e preventivo spese condominiali.

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, psicologo e infermiere, appartenenti all'ASST, e operatore sociale, appartenente 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 condividere e sottoscrivere un progetto individualizzato per ogni beneficiario;
- 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 all'ASC Solidalia, entro dieci giorni dall'evento stesso.
- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato.

Luogo e Data _____ Firma del Legale Rappresentante _____

AUTOCERTIFICAZIONE DEL BENEFICIARIO

La/Il sottoscritta/o

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

in qualità di diretto interessato

OVVERO

A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di:

TUTORE

CURATORE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

B) Nel caso la persona sia in stato d'impedimento temporaneo, in qualità di:

GENITORE o in sua assenza FRATELLO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) _____

DATI PERSONA AFFETTA DA GRAVE DISABILITA'

Codice fiscale	Cognome – Nome	Stato Civile
Data Nascita	Luogo Nascita	Provincia
Comune di Residenza	Indirizzo	n° telefono

avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

di essere residente in uno dei 17 Comuni dell'Ambito Territoriale di Romano di Lombardia;

di essere affetto da grave disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, condizione documentata da certificazione invalidità al 100% con riconoscimento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge (*come da certificazione allegata*);

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

di essere privo del sostegno familiare in quanto:

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

di frequentare i seguenti servizi diurni:

- Servizio Formazione all'Autonomia (SFA)
- Centro Socio Educativo (CSE)
- Progetto Territoriale Disabili (PTD)
- Centro Diurno Disabili (CDD)

di beneficiare delle seguenti misure

- Servizio assistenza domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Misura B2 FNA: buono care giver familiare
- Misura B2 FNA: buono per accompagnamento alla vita indipendente
- Misura Reddito Autonomia Disabili
- Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali (RSD, CA, CSS)
- Progetto Sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI)
- Altro (specificare) _____

Di essere consapevole che l'erogazione dei benefici economici è subordinata alla sottoscrizione e al rispetto degli accordi definiti nel Progetto Individualizzato che verrà definito in seguito alla valutazione multidimensionale

Di avere in I.S.E.E. ordinario pari a _____ e un I.S.E.E. sociosanitario pari a _____

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione delle misure previste dal presente bando;

di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione delle misure;
- il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alle misure;
- il trattamento è realizzato da personale dell'ASC Solidalia e dei Comuni anche con l'utilizzo di mezzi informatici.

preso atto dell'informativa di cui sopra, ai sensi del D.lgs. 196/2003, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere, ovvero l'erogazione del Voucher Sociale.

ALLEGA

- documento d'identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)
- codice fiscale del beneficiario
- verbale di invalidità civile
- certificato di riconoscimento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge
- ISEE per le prestazioni agevolate di natura socio sanitaria
- ISEE ordinario

Luogo e dataFirma