

Per i seguenti interventi/progetti:

- Sostegno accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare
 - 4.800 € annuale
 - 5.400 € annuale incluso voucher consulenza
- Gruppo appartamento con Ente gestore
 - 500 € mensile - persona frequentante servizi diurni
 - 700 € mensile - persona non frequentante i servizi diurni
- Gruppo appartamento autogestito - 600 € mensili
- Soluzione abitativa in Co-housing/Housing - 900 € mensili
- Sostegno pronto intervento - 100 € giornalieri per un massimo di 60 giorni

A tal fine, consapevole che ai sensi dell'art. 46, 75, 76, del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli 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

DICHIARA

Di essere in possesso di:

- DIAGNOSI MEDICA DI _____
- CERTIFICAZIONE DI INVALIDITA' CIVILE PARI AL _____ %
- CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE, RICONOSCIUTA AI SENSI DELL'ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92
- ACCOMPAGNAMENTO

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 compartecipare, 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;

ALLEGA

- CARTA D'IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE
- CARTA D'IDENTITÀ DEL BENEFICIARIO
- COPIA ATTESTAZIONE ISEE SOCIO SANITARIO
- COPIA ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO
- COPIA 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 VERBALE INVALIDITA' CIVILE
- COPIA SENTENZA DEL TRIBUNALE DI NOMINA DEL TUTORE/ADS DEL SOGGETTO FRAGILE
- N° 1 ALLEGATO alla domanda (vedi sotto)
- N° 2 ALLEGATO alla domanda (vedi sotto)

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 RICHIEDENTE/FAMILIARE/RAPPRESENTANTE LEGALE/ENTE/ASSOCIAZIONE

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO	
<input type="checkbox"/> persona non frequentante servizi diurni	
<input type="checkbox"/> persona frequentante servizi diurni sociali	Quale? <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> CSE <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> persona frequentante i servizi diurni sociosanitari/sanitari	Quale? <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> Persona accolta nelle residenzialità (specificare) _____	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

INFORMAZIONI RELATIVE AL SOSTEGNO FAMILIARE	
<input type="checkbox"/> Assenza di entrambi i genitori e di una rete familiare che garantisca assistenza	
<input type="checkbox"/> Genitori che, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa e assenza di una rete familiare che garantisca assistenza.	
<input type="checkbox"/> Assenza di entrambi i genitori ma presenza di una rete familiare che garantisca assistenza.	
<input type="checkbox"/> Genitori che, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa e presenza di una rete familiare che garantisca assistenza.	

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA CONDIZIONE SOCIO- ECONOMICA	
<input type="checkbox"/> ISEE ordinario:	€ _____
<input type="checkbox"/> ISEE socio-sanitario:	€ _____
<input type="checkbox"/> di aver presentato DSU in data:	_____

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA CONDIZIONE ABITATIVA	
<input type="checkbox"/> Non disponibilità di un'abitazione.	
<input type="checkbox"/> Frequenza struttura residenziale diverse da quelle previste dal D.M. (gruppi appartamento e soluzioni di Co-Housing riproducenti le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e con capacità ricettiva fino a 5 persone).	
<input type="checkbox"/> Presenza dell'abitazione e dello stato della stessa (valutare complessivamente di seguito: spazi per i componenti della famiglia, condizioni igieniche, condizioni strutturali, servizi igienici) indica di seguito con una X: adeguato, parzialmente adeguato, non adeguato).	
<input type="checkbox"/> Non adeguato	Motivo: _____
<input type="checkbox"/> Parzialmente adeguato	Motivo: _____
<input type="checkbox"/> Adeguato	Motivo: _____

ALTRE MISURE ATTIVE A SOSTEGNO DI PERSONE IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'	
<input type="checkbox"/> Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare/ Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente	
<input type="checkbox"/> Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)	
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	
<input type="checkbox"/> Misura Reddito di autonomia disabili	
<input type="checkbox"/> Misura B1 FNA: Buono assistente personale	
<input type="checkbox"/> Sostegno "Ristrutturazione" del Programma regionale	
<input type="checkbox"/> Sostegno "Canone di locazione/Spese condominiali" del Programma regionale	
<input type="checkbox"/> Sostegno "Residenzialità autogestita" da persone disabili gravi del Programma regionale	
<input type="checkbox"/> Sostegni forniti con i Progetti sperimentali Vita Indipendente (PRO.VI.)	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

DATA _____

FIRMA RICHIEDENTE/FAMILIARE/ADS/TUTORE/ENTE/ASSOCIAZIONE
