

668

ALLEGATO B

Interventi per il Dopo Di Noi

MODELLO DI DOMANDA

AL DIRIGENTE III SETTORE DEL COMUNE DI CHIETI
3° servizio Politiche Sociali

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ il _____ e residente a _____
_____ in via _____ n. _____
C.F. _____ Tel. _____

In qualità di:

- Interessato;
- Tutore
- Amministratore di Sostegno
- Familiare che ne garantisce la protezione giuridica
- Legale rappresentante dell'associazione di famiglie di persone disabili
- Legale rappresentante di associazione di persone con disabilità

Del/della Sig./Sig.ra _____ nato a _____
_____ il _____ e residente a _____
_____ in via _____ n. _____ C.F. _____
_____ Tel. _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" diretti a persone con disabilità grave priva del sostegno familiare.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci **dichiara** di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare:

- ✓ la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- ✓ di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'articolo 4 della medesima legge;
- ✓ di essere residente nel Comune di _____ ricompreso nell'Ambito Distrettuale Sociale n. 8;
- ✓ di avere un'età compresa tra i 18 ed i 64 anni .

N.B. OVE IL RICHIEDENTE NON COINCIDA CON IL BENEFICIARIO, I DATI DI CUI SOPRA DEVONO ESSERE RIFERITI AL BENEFICIARIO

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci **dichiara** inoltre di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- essere persona mancante di entrambi i genitori;

<input type="checkbox"/> Trasporto					
<input type="checkbox"/> Buoni servizio					
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza / volontariato					
<input type="checkbox"/> Centro diurno					
<input type="checkbox"/> Inserimento lavorativo e/o formativo					
<input type="checkbox"/> Servizio socio – assistenziale – educativo scolastico					
<input type="checkbox"/> Telesoccorso / Teleassistenza					
<input type="checkbox"/> Assegno disabilità gravissima					
<input type="checkbox"/> Altro					

Legenda: Pub = pubblico; Pri = privato; Con = continuativo; Tem = temporaneo

Altro:

Indicazione del tipo di intervento richiesto:

Accompagnamento uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione anche prevedendo interventi di coinvolgimento delle strutture alloggiative già esistenti e autorizzate ai sensi della D.G.R. n.1230/2001;

Soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare;

Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che presentino caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, ai sensi dell'articolo 4 della legge n.112 del 2016 e dell'articolo 3 comma 4 del Decreto attuativo del MLPS del 23.11.2016.

In riferimento al co-housing indicare:

a. l'ubicazione dell'alloggio di riferimento per il co-housing, se di proprietà, in affitto o altro:

b. nominativi delle persone in co-housing:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Indicare gli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso l'intervento richiesto:

1. _____
2. _____
3. _____

4. _____

Inoltre il sottoscritto Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci **dichiara** che l'abitazione per il co-housing:

1. ha la necessaria certificazione di agibilità,
2. ha la certificazione di idoneità degli impianti,
3. ha l'attestazione energetica APE,
4. ha regolare contratto di affitto o titolo di proprietà

La suddetta documentazione deve essere presentata entro 10 GIORNI dall'ammissione al finanziamento regionale

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali da parte nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, in materia di protezione dei dati personali

Si allega :

- documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se non coincidente ;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92 ;
- certificato dell'ISEE ordinario in corso di validità ;
- copia o autocertificazione stato di famiglia;
- nei casi di persone rappresentati da terzi, copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittima l'istante a rappresentare la persona disabile;
- nel caso di cittadino straniero titolo di soggiorno del richiedente (se straniero) e del beneficiario se non coincidenti;
- certificato di disabilità dei genitori in caso di persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa..
- altro (documentazione utile alla valutazione dell'UVM per attestare le condizioni di maggiore urgenza o di priorità)

Data e Luogo _____, _____

Firma del Richiedente il beneficio
