

AVVISO PUBBLICO
PER L'ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE
PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE AI SENSI DELLA LEGGE N. 112/2016 ("DOPO DI NOI"),
DEL D.M. 23.11.2016 E DELLA D.G.R. DGR 3404/2020

AL PRESIDENTE
DEL PIANO DI ZONA
DELL'AMBITO
BRONI E CASTEGGIO(PV)

ISTANZA DI ACCESSO PER AVVISO PUBBLICO
PER L'ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON
DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE AI SENSI DELLA
LEGGE N. 112/2016 ("DOPO DI NOI"), DEL D.M. 23.11.2016 E DELLA D.G.R.
DGR 3404/2020

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)

.....

nato/a il codice
fiscale.....

residente a in Via n
CAP.....Prov. di.....

- in qualità di destinatario dell'intervento,
- in qualità di familiare entro il quarto grado (specificare grado di parentela
_____)
- in qualità di tutore/curatore/amministratore di
sostegno

del soggetto destinatario del beneficio, (cognome)(nome)
..... nato/a il codice
fiscale..... residente a in Via
..... n CAP.....Prov. di.....

Recapito telefonico (indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi
corrispondono): Tel. /..... Sig.
.....

Tel./.....

Sig

.....

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare - dopo di noi - l. n. 112/2016 – DGR 3404/2020

per

- nuova domanda
- domanda di consolidamento

per la misura di

- Accompagnamento all'autonomia
- Supporto alla residenzialità
- Ricoveri di Pronto intervento/Sollievo
- Ristrutturazione abitazione
- Sostegno canone locazione/Spese condominiali

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara di essere in possesso/che il beneficiario/ i beneficiari è/sono in possesso dei requisiti minimi di accesso ed in particolare, che:

1. la disabilità grave di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità disabilità;
2. di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3., comma 3, della legge n. 104/92;
3. di essere residente nel Comune di _____;
4. di avere un ISEE socio sanitario pari a _____;
5. di avere un'età di _____;
6. di essere privo del sostegno familiare in quanto (segnare con una croce nell'apposito spazio):
 - mancante di entrambi i genitori
 - genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare;
7. di presentare una situazione di gravità tale da rendersi necessaria una valutazione multidimensionale appropriata che comprenda il contributo degli operatori impegnati nel sostegno diretto alla persona ai sensi di quanto previsto dal Decreto Regionale n. 8196/2017;
8. di non frequentare /di frequentare (cancellare voce esclusa) i servizi diurni per disabili (SFA, CSE, CDD) specificare:
 - Frequenza di Centro Socio Educativo (CSE)
 - Frequenza di Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA)

Frequenza di Centro Diurno Disabili (CDD)

9. di beneficiare delle seguenti misure (segnare con una croce nell'apposito spazio)

10. Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare

Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente

Misura b1

Misura Reddito di autonomia disabili

Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali (RSD; CA; CSS) specificare _____

Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Sostegni inerenti le misure "dopo di noi" specificare _____

altro

(specificare) _____

dichiara inoltre di essere/che il beneficiario è:

- o disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezza e sviluppo delle proprie autonomie ovvero percorsi di accompagnamento dall'uscita dal nucleo/de istituzionalizzazione;
- o disponibile a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione;
- o disponibile a mettere a disposizione un proprio bene immobile o a condividere la fruizione di bene immobile ai fini della realizzazione un progetto di vita dopo di noi;
- o disponibile all'esperienza di permanenza in accoglienza temporanea;

A tal fine dichiara che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita

- di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000);
- di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale realizzata, anche in forma di lavoro “agile” in considerazione dell'emergenza sanitaria in corso, in maniera integrata da parte di un'equipe composta da professionalità quali medico, psicologo e infermiere, appartenenti all'ASST, e assistente sociale, appartenente all'Ambito 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. 3404/2020);
- di impegnarsi a sottoscrivere progetto individualizzato;
- di impegnarsi a compartecipare alle spese previste 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;
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del D.P.R. n. 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese;
- di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e D.Lgs. n. 101/2018 e - per gli adempimenti connessi alla presente procedura - possano essere comunicati ai seguenti soggetti:
 - operatori dei Comuni/Uffici di Piano, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
 - operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
 - soggetti afferenti al “sistema di cura” della persona con disabilità - MMG/Caregiver familiare, Erogatore ADI, Centri specialistici di riferimento al fine di acquisire tutte le informazioni utili al compimento della valutazione ed alla stesura del progetto individuale.

Data _____ Firma _____

A tal fine allega:

- copia del verbale d'invalidità rilasciato dall'ATS;

- certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/1992;
- attestazione ISEE in corso di validità;
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente (se distinto);
- eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.