

Istanza di accesso Fondo 112 Dopo di NOI Ente Gestore

PER ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE
DOPO DI NOI- L. N. 112/2016. ANNO 2017.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ () residente a _____ () in via _____
cell _____ mail: _____

in qualità di legale rappresentante dell'Ente Gestore che:

gestisce i seguenti progetti per il dopo di NOI _____

oppure

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 approvato dall'Assemblea dei Sindaci in data 26 settembre 2017, per l'assegnazione delle risorse a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -dopo di noi- l. n. 112/2016 attraverso la predisposizione di un progetto individuale ai sensi dell'art.14 legge 328, relativo alle seguenti misure di sostegno:

Accompagnamento all'autonomia Gruppo appartamento Pronto intervento Contributo per l'autonomia

Luogo e Data _____

Firma del Richiedente _____

AUTOCERTIFICAZIONE del beneficiario

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (), residente a _____ (PV) in via _____
cell _____ mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

Dichiara

1. di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
2. di essere residente nel Comune di _____ del Distretto di Mortara;
3. di avere un ISEE socio sanitario pari a _____;
4. di avere un'età di _____;
5. di essere privo del sostegno familiare in quanto (*segnare con una croce nell'apposito spazio*):
 - mancante di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
6. 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 8196/2017
7. di non essere beneficiario di misure previste dalla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione delle persone con disabilità realizzata dagli Ambiti Territoriali Sociali con fondi trasferiti alla Regione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, né delle azioni previste dai Programmi Regionali FNA
8. di non frequentare /di frequentare (*cancellare voce esclusa*) i servizi seguenti servizi diurni:
 - Centro Socio Educativo (CSE)
 - Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA)
 - Centro Diurno Disabili (CDD)
9. di beneficiare delle seguenti misure (*segnare con una croce nell'apposito spazio*)
 - 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 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) _____
10. di essere disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezza e sviluppo delle proprie autonomie ovvero percorsi di accompagnamento dall'uscita dal nucleo/deistituzionalizzazione, percorsi che prevedono interventi socio educativi e socio formativi finalizzati all'autonomia.
11. di essere disponibile:
 - a costruire con più persone con disabilità grave interessate ad un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione;
 - 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
 - all'esperienza di permanenza in accoglienza temporanea.
12. di essere in possesso delle seguenti priorità:
 - ISEE **ordinario** pari a _____ inferiore a _____
 - persona con disabilità grave mancante di entrambi i genitori, con priorità per le persone prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria condizione, non sono più nella possibilità di garantire loro nel futuro prossimo il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle previste dal ex DM del 23 novembre 2016 art. 3 comma 4) ed art. 4 comma 3) pubblicato sulla GU al n. 45 del 23 febbraio 2017, (Gruppi appartamento e soluzioni di Cohousing/Housing).

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 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 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. 6674 del 07/06/2017;
- di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individualizzato;
- 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'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 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 sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;

Esprime

il proprio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dal d.lgs. 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia dei dati personali)

Luogo e Data _____

Firma _____

Allega:

- Idea 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
- ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (*in copia*)
- ISEE ordinario(per priorità) (*in copia*)
- Certificato 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 (*in copia*)
- Verbale invalidità civile ed eventuale riconoscimento legge 104/92 (*in copia*)
- Carta d'identità e codice fiscale (*in copia*)
- Altro _____

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003 si porta a conoscenza dei richiedenti che:

- 1) i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Tirano secondo le vigenti disposizioni in materia;
- 2) il conferimento dei dati è necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
- 3) i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano e Enti deputati alla valutazione, gestione e controllo con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla legge e dai regolamenti comunali;
- 4) il richiedente, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. n. 196/2003, ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati; il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Mortara e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso il Comune di Mortara.

Luogo e Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE
del titolare della Protezione Giuridica

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (), residente a _____ () in via
_____ cell _____ indirizzo mail _____

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 il beneficiario

Sig./Sig.ra _____
Cognome e Nome

nato/a il _____ a _____ () residente a _____
via _____ cell _____ indirizzo mail _____

è in possesso dei seguenti requisiti di accesso:

1. certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della legge 104/92, è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità disabilità;
2. ISEE **socio sanitario** pari a _____;
3. un'età di _____;
4. privo del sostegno familiare in quanto (*segnare con una croce nell'apposito spazio*):
 - mancante di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
5. presenta 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 8196/2017
6. non è beneficiario di misure previste dalla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione delle persone con disabilità realizzata dagli Ambiti Territoriali Sociali con fondi trasferiti alla Regione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, né delle azioni previste dai Programmi Regionali FNA
7. non frequenta / frequenta (*cancellare voce esclusa*) i seguenti servizi diurni:
 - Centro Socio Educativo (CSE) Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA) Centro Diurno Disabili (CDD)
8. beneficia delle seguenti misure (*segnare con una croce nell'apposito spazio*)
 - 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 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) _____
9. è disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezza e sviluppo delle proprie autonomie ovvero percorsi di accompagnamento dall'uscita dal nucleo/deistituzionalizzazione, percorsi che prevedono interventi socio educativi e socio formativi finalizzati all'autonomia.
10. è disponibile a:
 - a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione;
 - 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 ;

all' esperienza di permanenza in accoglienza temporanea.

11. è in una delle seguenti condizioni di priorità:

- ISEE **ordinario** pari a _____ inferiore a _____
- persona con disabilità grave mancante di entrambi i genitori, con priorità per le persone prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria condizione, non sono più nella possibilità di garantire loro nel futuro prossimo il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle previste dal ex DM del 23 novembre 2016 art. 3 comma 4) ed art 4 comma 3) pubblicato sulla GU al n. 45 del 23 febbraio 2017, (Gruppi appartamento e soluzioni di Cohousing/Housing).

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 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 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. 6674 del 07/06/2017;
- di impegnarsi a sottoscrivere progetto individualizzato;
- di impegnarsi a partecipare alle spese previste per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;
- 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 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 sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;

Esprime

il proprio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dal d.lgs. 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia dei dati personali)

Luogo e Data _____

Firma _____

Allega:

- Idea 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
- ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (*in copia*)
- ISEE ordinario(per priorità) (*in copia*)
- Certificato 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 (*in copia*)
- Verbale invalidità civile ed eventuale riconoscimento legge 104/92 (*in copia*)
- Carta d'identità e codice fiscale (*in copia*)
- Altro _____

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003 si porta a conoscenza dei richiedenti che:

- 5) i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Tirano secondo le vigenti disposizioni in materia;
- 6) il conferimento dei dati è necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
- 7) i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano e Enti deputati alla valutazione, gestione e controllo con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla legge e dai regolamenti comunali;
- 8) il richiedente, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. n. 196/2003, ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati; il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Mortara e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso il Comune di Mortara.

Luogo e Data _____

Firma _____