*Modello di istanza per “Dopo di Noi”*

All’Ente di Ambito Sociale n. 21 “Vibrata”

Via A Fabrizi n. 2

64027 S. Omero (TE)

per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede

di partecipare all’Avviso Pubblico per l’assegnazione delle risorse a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare, ai sensi della L.112/2016 - “Dopo di Noi”

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

❑ familiare;

❑ tutore;

❑ amministratore di sostegno;

❑ altro (specificare) ………………………….………....

chiede

di partecipare all’Avviso pubblico per l’assegnazione delle risorse a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare, ai sensi della L.112/2016 - “Dopo di Noi”

**a favore di:** Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gli interventi finanziabili riguardano:

* Percorsi programmati di accompagnamento per l’uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione;
* Soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare;
* Interventi di 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’art. 3 comma 4 del DML 23 Novembre 2016

**Dichiara**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D.Lgs:

di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei requisiti minimi di accesso e, in particolare:

* che la disabilità grave 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 L. 104/92;
* di essere residente in uno dei Comuni appartenenti all’ADS 21 “Val Vibrata”;
* di avere un’età compresa tra i 18 e i 64 anni;

di trovarsi/che il disabile grave si trova in una delle seguenti condizioni di priorità:

* persona con disabilità grave (art. 3 comma 3 L. 104/92) mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
* persona con disabilità grave (art. 3 comma 3 L. 104/92) i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all’età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire nel futuro prossimo il sostegno necessario a una vita dignitosa;
* persona con disabilità grave (art. 3 comma 3 L. 104/92) inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;

di essere disponibile alla Visita Domiciliare ad opera del Servizio Sociale Professionale, finalizzata ad un primo accertamento circa la sussistenza delle condizioni necessarie per l’accesso agli interventi;

di essere consapevole che l’istanza verrà trasmessa all’UVM di competenza territoriale per la determinazione dell’urgenza, tenendo conto della capacità di autodeterminazione, delle limitazioni dell’autonomia, dei sostegni che la famiglia è in grado di fornire, della condizione abitativa e ambientale, nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità e della famiglia.

Allega alla presente domanda:

* ❑ copia del certificato di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;
* ❑ Isee del nucleo familiare;
* ❑ copia documento identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
* ❑ per i cittadini di Stati non aderenti alla UE: copia della Carta o del Permesso di Soggiorno del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
* ❑ altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione.
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resta a disposizione per ogni ulteriore chiarimento o produzione documentale che dovessero risultare necessari.

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via / piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informato, ai sensi dell’art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all’interessato o ad altri soggetti di cui all’art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all’Ufficio di segreteria del Ente di Ambito sociale.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui all’Avviso Pubblico.

Data \_\_ / \_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_