

CITTÀ DI MANOPPELLO (PE)

(Titolo concesso con D.P.R. del 13 luglio 2004 - C.C. n. 49/2004)



Via Salvo D'Acquisto, 1 - C.A.P. 65024

P. IVA 00947010682 - C.F. 81000530683

ecad.sociale17@gmail.com - PEC: ecad.montagnapescarese@legalmail.it

Tel.: 0858590003 - Fax: 0858590895

UFFICIO DI PIANO ENTE D'AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 17 "MONTAGNA PESCARERESE"

Protocollo n. 0000737 del 31-08-2018

Allegato a)

Interventi per il Dopo Di Noi

MODELLO DI DOMANDA

All'Ufficio di Piano ECAD 17
C.so Santarelli, 46
65024 Manoppello

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

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, in attuazione di quanto previsto dalla Legge 22 giugno 2016, n.112 e dai Decreti Ministeriali del Lavoro e delle Politiche Sociali del 23 novembre 2016 e del 21 giugno 2017;

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, che:

- ✓ 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. 17;
- ✓ di avere un'età superiore a 18 anni.

Dichiara altresì di essere in una delle seguenti condizioni:

persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, non beneficiaria di trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

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;

persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;

persona beneficiaria, dal 2010 in poi, di una delle progettualità residenziali "Dopo di Noi" previste nella DGR Abruzzo n.934/2010 .

Breve descrizione delle caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale, familiare e abitativa

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE E RETE DI SUPPORTO			
Nominativo	Grado di parentela	Età	Disabilità

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- ☐ **Studente** ☐ **Lavoratore / trice**
☐ **Disoccupato/a** ☐ **Pensionato / a**
☐ **Altro** _____

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto

- ☐ in strutture residenziali di cui all'Art.4, c. 3, lettera c) del D.M. 2016
- ☐ da solo
- ☐ in famiglia

Usufruisce dei seguenti servizi

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore sett.
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare					
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica					
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata					
<input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona					
<input type="checkbox"/> Assegno di cura					
<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 l'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. _____

Eventuale indicazione di n. 2 preferenze del luogo ove si prevede di realizzare il progetto 'Dopo di Noi'. Tale luogo potrà essere scelto, confermato e/o sostituito, qualora l'istante risulti beneficiario, anche in sede di redazione del progetto personalizzato da parte dell'Equipe multi professionale (ECAD e UVM). A tal fine si potrà far ricorso anche all'elenco redatto dagli ECAD a seguito di apposito avviso di manifestazione d'interesse.

1. _____
2. _____

Case manager

Nome e Cognome

nato a _____ il _____ e residente a _____
 _____ in via _____ n. _____

C.F. _____ Tel. _____

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali da parte nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e della vigente normativa nazionale in materia.

Si allega:

documento di identità del richiedente e/o del beneficiario;

certificazione attestante Invalidità civile o handicap dell'istante

certificazione di disabilità grave dell'istante, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92;

certificazione di disabilità del/dei genitore/i ai sensi della Legge 104/92;

certificato dell'ISEE ordinario;

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;

€ titolo di soggiorno se cittadino straniero;

attestazione di inserimento della struttura residenziali di cui all'Art.4, c. 3, lettera c) del D.M. 2016

altro

Data e Luogo _____, _____

*Firma del Richiedente o del genitore se delegato
o di chi ne garantisce la tutela legale (tutore/curatore/amministratore di sostegno)*
