

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 PESCARSE"

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

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- Studente Lavoratore / trice
 Disoccupato/a Pensionato / a
 Altro

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> in strutture residenziali di cui all'Art.4, c. 3, lettera c) del D.M. 2016 <input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> 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 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)*
