



COMUNE DIVOGERA

Provincia di Pavia

PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

All'Ufficio di Piano
Comune di Voghera
Ambito territoriale Voghera
e Comunità Montana Oltrepò Pavese

AVVISO PUBBLICO PIANO REGIONALE DOPO DI NOI L. N. 112/2016 E PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE – D.G.R. N. 6218/2022.

MODULO DI DOMANDA

Il/la sottoscritto/a (cognome)(nome)
nato/a il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov.
☐ in qualità di destinatario dell'intervento,
☐ in qualità di rappresentante/curatore degli interessi del soggetto
destinatario del beneficio, (cognome)(nome)
nato/a il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov.
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, misura in esito alla valutazione multidimensionale inserita nel progetto individuale, di cui all'art. 14 della L. 8 novembre 2000, n. 328.

- | | |
|---|---|
| ☐ Accompagnamento all'autonomia | ☐ Supporto alla residenzialità |
| ☐ Ricoveri di Pronto intervento/Sollevio | ☐ Ristrutturazione abitazione |
| ☐ Sostegno canone locazione/Spese condominiali | ☐ Voucher Durante Noi |

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;
 - ☐ i 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 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;
- 9 . di frequentare 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);
- 10 . 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 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:

- ☐ disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezze 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;
- ☐ disponibile a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione;
- ☐ 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;
- ☐ 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 in forma 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. 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;
- 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.

Il sottoscritto oppure il rappresentante/curatore dichiara:

- 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;
- in relazione a quanto previsto dal D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia dei dati personali) esprime il proprio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

Data_____

Firma_____

A tal fine allega:

- copia del verbale d'invalidità;
- certificazione di handicap ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013;
- 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;
- eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.