**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO “DOPO DI NOI” ANNUALITA’ 2017/2018**

**D.G.R. 296 Regione Calabria del 30/06/2017**

Ambito territoriale di Villa San Giovanni

protocollo@pec.villasangiovanni.rc.it

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, già ospite presso la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominata “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a far data dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la presente in qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

**Diretto interessato**;

**Tutore/(altro)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** di *(indicare il soggetto interessato)*:

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ sesso (M o F) \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente/domiciliato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Familiare** *(indicare il grado di parentela)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

* l’attivazione di un progetto personalizzato per la fruizione del servizio a valere sul fondo “Dopo di Noi” di cui all’Avviso pubblico del Comune capo Ambito, giusta determinazione n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**REQUISITI DI AMMISSIBILITA’**

Consapevole delle sanzioni penali previste all’art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesti dall’Avviso pubblico “Dopo di Noi”, ovvero:

* che la condizione di disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
* di essere in possesso di certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
* di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Dichiara di trovarsi in una delle seguenti condizioni (barrare la casella):

 persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori;

 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 garantire l’adeguato sostegno genitoriale, ivi compresa la prospettiva del venir meno del supporto familiare e assenza di una rete familiare che garantisca assistenza;

 assenza di entrambi i genitori ma presenza di una rete familiare che garantisca assistenza;

 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 garantire l’adeguato sostegno genitoriale, ivi compresa la prospettiva del venir meno del supporto familiare e presenza di una rete familiare che garantisca assistenza;

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

Dichiara inoltre di vivere (barrare la casella):

 in luogo isolato;

 centro urbano;

 vicino a strutture e servizi.

**CONDIZIONI**

Dichiara altresì di trovarsi in una condizione di ulteriore priorità caratterizzata dalla maggiore urgenza, valutata in rapporto a:

 limitazioni dell’autonomia;

 ridotti sostegni che la famiglia è in grado di fornire in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione per garantire una buona relazione interpersonale;

 inadeguata condizione abitativa e ambientale (ad es. spazi inadeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche inadeguate, condizioni strutturali inadeguate, barriere architettoniche interne ed esterne all’alloggio, abitazione isolata, ecc…);

 condizioni di vulnerabilità economica della persona con disabilità e della sua famiglia, certificate dall’ISEE ordinario.

Dichiara che il valore dell’attestazione ISEE Socio-Sanitario del beneficiario in corso di validità è pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Dichiara che il valore dell’attestazione ISEE FAMILIARE del beneficiario in corso di validità è pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Dichiara, altresì:

• di essere disponibile a convivere con più persone con disabilità grave, la cui individuazione è successiva alla valutazione effettuata dalla Unità di Valutazione Multidimensionale e terrà conto delle eventuali e pregresse esperienze di semi-autonomia, al fine di favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito;

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

* Verbale di riconoscimento dell’invalidità civile e attestazione delle condizioni di handicap grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
* ISEE Socio-Sanitario del beneficiario in corso di validità
* ISEE FAMILIARE del beneficiario in corso di validità;
* Copia del documento di identità del beneficiario;
* Copia del documento di identità del richiedente se diverso dal beneficiario;
* Copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l’istante a rappresentare la persona disabile.

l/La sottoscritto/a …………………………………………………………….., informato/a ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/69 autorizza il trattamento dei dati personali.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l’accesso ai diversi sostegni è subordinato alla definizione di un progetto personalizzato che sarà adottato, in seguito alla valutazione multidimensionale, da una equipe multiprofessionale, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

Firma