



Allegato A)

Richiesta di accesso ai servizi/interventi a valere sull'avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personalizzati per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

Legge n. 112/2016. Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____ a _____	Prov. _____ residente in _____ Comune _____
affidente la Zona Sociale n. _____	Via / P.zza _____ n.° _____
_____ CAP _____	domiciliato presso _____
_____ CAP _____	tel. _____ cell. _____
Indirizzo email _____	
Codice Fiscale _____	
Stato civile ¹ _____	
Cittadinanza ² :	
☐ cittadino italiano;	
☐ cittadino comunitario;	
☐ familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;	
☐ cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;	
☐ titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;	
☐ titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;	

GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

² Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

(DA COMPILARE SOLO SE NECESSARIO)

Cognome _____ Nome _____

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore ecc.) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Comune afferente la Zona sociale n. _____ Via / P.zza
_____ n.° _____

CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDE

di accedere o *(da compilare solo se necessario)* in qualità di legale rappresentante di far accedere
Nome _____/Cognome _____,
agli interventi a valere sull'avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personalizzati per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare si cui alla Legge n. 112/2016 istitutiva del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

nello specifico

DI POTER ACCEDERE AI/A SEGUENTE/I SERVIZIO/I – INTERVENTO/I

- ☐ **Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, che riproducano soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare.** Nello specifico si fa riferimento a:

- ☐ sperimentazione di cicli di weekend fuori casa o struttura residenziale finalizzati ad accrescere la propria autonomia/potenzialità (afferenti alla sfera relazionale, interpersonale e domestica);
- ☐ periodi di 2-3 mesi oppure 5-6 mesi (a titolo esemplificativo) fuori dal proprio nucleo familiare (o struttura residenziale), tesi a sperimentare e/o consolidare le proprie autonomie e la propria indipendenza dal nucleo di origine, adeguatamente supportati da personale qualificato (educatori professionali, eventuale personale socio-sanitario, case manager.);
- ☐ periodi medio-lunghi (massimo 12 mesi) fuori dal proprio nucleo familiare (o struttura residenziale) adeguatamente supportati da personale qualificato (educatori professionali, eventuale personale socio-sanitario, case manager..)

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

/-----/

- ☐ **Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative.** Le soluzioni alloggiative vanno individuate nel progetto personalizzato e devono presentare le 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, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 4, del decreto 23.11.2016 e richiamate all'art. 9 del presente avviso.

Non sono ammissibili a finanziamento spese relative all'acquisto di immobili.

☐ **Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale.** Nello specifico si fa riferimento a:

-
-
-
-

☐ **(ESCLUSI DAL BUDGET DI PROGETTO)** Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative, aventi le caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4 del decreto 23.11.2016, mediante pagamento degli oneri di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità. Nello specifico si fa riferimento a quanto di seguito riportato e nei relativi limiti di spesa indicati:

-
-
-
-

DICHIARA

CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ____/____/____ da _____ con verbale n. _____

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- ☐ fisica
- ☐ psichica
- ☐ sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- ☐ stabilizzata
- ☐ progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti _____

Cognome e Nome del medico curante _____

Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____

SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un **ISEE** del valore di: € _____ (all.1)

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro/Pensionato
I°						
II°						
III°						

BREVE DESCRIZIONE dei sostegni che la famiglia è in grado di fornire, in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione e di garanzia di buone relazioni interpersonali:

CONDIZIONE ABITATIVA ED AMBIENTALE

BREVE DESCRIZIONE della condizione abitativa e ambientale attuale:

(a titolo esemplificativo: spazi adeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche adeguate, condizioni strutturali adeguate, servizi igienici adeguati, barriere architettoniche, interne ed esterne all'alloggio, abitazione isolata, ecc), nonché, per le persone con disabilità grave già inserite in un percorso di residenzialità extra-familiare, delle caratteristiche di tali residenze di cui all'art. 3, comma 3 del decreto 23.11.2016 a maggior ragione quanto tale soluzione costituisca barriera all'inclusione della persona con disabilità grave, facilitandone l'isolamento)

DICHIARA

di voler realizzare il seguente **progetto personale**:

Obiettivi di vita che si intendono perseguire connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo) **e indicazione in mesi (massimo 12) della durata del progetto**:

Condizione attuale (Specificare brevemente):

Necessità della persona (Specificare brevemente):

Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto personale di *co-housing*:

Stato	Città	Via/P.zza
vani n.	Breve descrizione	

- ☐ di proprietà ³
- ☐ in uso gratuito
- ☐ usufrutto
- ☐ in affitto con contratto canone previsto nel contratto €
- ☐ Altro, specificare

Presenza servizi igienici adeguati	SI	NO
Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi	SI	NO

³ nel caso che l’unità immobiliare messa a disposizione, il beneficiario sia titolare del diritto reale solo per una quota percentuale, deve essere fornita la documentazione della messa a disposizione della medesima unità immobiliare da parte dei comproprietari almeno per la durata del progetto personalizzato

Presenza di barriere	SI	NO
Se SI, specificare:		
Esterne _____		
Interne _____		
Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto	SI	NO
Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____		
☐ Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____		

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di Foligno in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune _____ in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto. 7, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati

Data, _____

Firma _____

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4)

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra
 Cognome _____ Nome _____

Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

Allegati:

- 1) copia della certificazione ISEE;
- 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- 3) copia del documento di identità della persona con disabilità;
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo;
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).