

MODULO DI DOMANDA BENEFICIARI

Comunità Montana Valtellina di Morbegno
Ufficio di Piano

OGGETTO: DOMANDA PER ACCESSO ALLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE - DOPO DI NOI - L. N. 112/2016 - ANNO 2021.

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Telefono _____ Mail _____

in qualità di **Beneficiario**

Oppure **Genitore**

Tutore/Curatore

Amministratore di sostegno

Del RICHIEDENTE

Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Percentuale Invalidità _____

Telefono _____ Mail _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'assegnazione delle risorse a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare DOPO DI NOI l. n. 112/2016 inerente i sostegni previsti per l'anno 2021 dall'ambito di Morbegno (barrare solo una delle seguenti tipologie):

Accompagnamento all'autonomia

Accompagnamento all'autonomia (in prosecuzione del progetto DOPO DI NOI - Fondi 2016/2017)

Supporto alla residenzialità

(Voucher residenzialità con ente gestore – contributo residenzialità autogestita – Buono mensile co-housing/Housing)

Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra- familiare (Pronto intervento)

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del d.p.r. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

- che la disabilità grave di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- di avere, al momento della presentazione della domanda, un'età compresa tra 18 e 64 anni;
- di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- di essere residente nel Comune di _____ nell'ambito di Morbegno;
- di possedere **ISEE socio sanitario** allegato alla domanda, di € _____ **OPPURE** di aver presentato la DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013) - in questo caso l'Ufficio di Piano acquisirà l'attestazione relativa all'ISEE direttamente dall'INPS (art. 11, c.10, DPCM 159/2013)
- di essere privo del sostegno familiare in quanto (*barrare solo una delle seguenti tipologie*):
 - 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
- 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;

Di frequentare (*barrare solo una delle seguenti tipologie*):

- Frequenza del Servizio Formazione Autonomia (SFA)
- Frequenza Centro Socio Educativo (CSE)
- Frequenza di Centro Diurno Disabili (CDD)
- Inserimento in TRR
- Frequenza di Centro Residenziale per Disabili (RSD)
- Frequenza di altre strutture residenziali o semi-residenziali sociali o sociosanitarie per disabili: specificare _____

Di beneficiare delle seguenti misure (*segnare con una croce nell'apposito spazio*)

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Misura B2 FNA: specificare _____
- Misura Reddito di autonomia disabili
- Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali specificare _____
- 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.

Dichiara altresì di essere /che il beneficiario è in una delle seguenti condizioni di priorità:

- condizioni economiche della persona con disabilità e della sua famiglia avere un ISEE **ordinario** pari a _____;
- persona con disabilità grave mancante di entrambi i genitori, con priorità per le persone prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria condizione, non sono più nella possibilità di garantire loro nel futuro prossimo il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
- persona con disabilità grave inserite in strutture residenziali non in grado di garantire, per tipologia d'offerta, condizioni abitative e relazionali della casa familiare (Gruppi appartamento e soluzioni di Cohousing/Housing).

Dichiara inoltre

- Di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale, realizzata in forma integrata da parte dell'équipe 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;
- 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 infine**

- di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero incongruenze, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;
- in relazione a quanto previsto dal regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679 e dal D.Lgs 196/2003 c.d. Codice Privacy, come modificato dal D.Lgs 101/2018 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 del Dichiarante _____

ALLEGA

- COPIA ATTESTAZIONE ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria
- COPIA ATTESTAZIONE ISEE ordinario (per priorità)
- COPIA certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992
- COPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE ED EVENTUALE RICONOSCIMENTO L.104/92
- COPIA CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DI CHI PRESENTA LA DOMANDA (*fronte e retro*)
- COPIA SENTENZA DEL TRIBUNALE DI NOMINA DEL TUTORE DEL SOGGETTO FRAGILE
- ALTRO _____