



COMUNE DI CARIATI

Provincia di Cosenza

Ente Capofila **AMBITO TERRITORIALE SOCIALE**

N° 2 – CARIATI A.S.P. COSENZA

(Bocchigliero, Campana, Cariati, Mandatoriccio,
Pietrapaola, Scala Coeli, Terravecchia)

P.zza R. Trento

87062 CARIATI (CS)

Tel. 0983.9402213

www.comune.cariati.cs.it

pec: protocollo.cariati@asmepec.it

Allegato A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO "DOPO DI NOI" ANNUALITA' 2016/2017/2018

D.G.R. 296 REGIONE CALABRIA DEL 30/06/2017

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di soggetto richiedente,
nato a _____ il _____,
residente a _____
in via _____ tel. _____
mail _____

Oppure, se impossibilitato/a

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____,
residente a _____
in via _____ tel. _____
indirizzo mail

in qualità di:

- genitore del soggetto richiedente;
 familiare del soggetto richiedente;
 esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente.

CHIEDE

l'attivazione di un progetto personalizzato

TIPOLOGIE DI SOSTEGNO

- Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione.
 Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative.

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 in uno dei comuni dell'ATS di Cariati

Dichiara di trovarsi inoltre in una delle seguenti condizioni:

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

CONDIZIONI DI PRIORITA'

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, 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;
- di essere fruitore dei servizi erogati dalla seguente Associazione di famiglie di persone con disabilità: _____
- che la predetta Associazione di famiglie di persone con disabilità ha aderito alla manifestazione di interesse della Regione Calabria per il conferimento di un immobile da destinare alle finalità del "Dopo di Noi" SI NO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- documento di identità del/la richiedente e del/la beneficiario/a se non coincidenti;
- codice fiscale del/la beneficiario/a;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992;
- ISEE socio-sanitario del beneficiario.



Il/La sottoscritto/a _____
informato/a ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 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

Luogo e data

Firma

