

AL COMUNE DI _____

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO "DOPO DI NOI" –
Fondi Annualità 2023

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ E-mail _____

in qualità di

- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- familiare
- altro (specificare)

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente):

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Tel. _____

CHIEDE

interventi gestionali: di poter attivare un progetto individuale ai sensi dell'art.14 Legge 328/2000, relativo all'assegnazione dei sostegni a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare – "Dopo di noi" L. 112/2016 – DM 2016 e in attuazione della DGR n.275/2023 - fondi annualità 2022 (FLAGGARE UNA DELLE TRE OPZIONI):

- Accompagnamento all'autonomia (percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare o per la deistituzionalizzazione). A tal fine dichiara di essere disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezza 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. Il percorso di accompagnamento è modulabile (da 1 anno o anche meno fino ai 6 anni) in fasi:
 - Prima fase: attività di sostegno al contesto familiare, durata massima 2 anni, fase non ripetibile.
 - Seconda fase: sperimentazione di soggiorni brevi fuori dal nucleo familiare, fase prorogabile per

una seconda edizione.

- Terza fase: passaggio ad una sede abitativa individuata, fase prorogabile per una seconda edizione.
- Supporto alla residenzialità (interventi di supporto alla residenzialità).
 - A tal proposito segnalo l'eventuale disponibilità:*
 - ◇ *ad accogliere altre persone con disabilità grave in un appartamento di mia proprietà da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi.*
 - ◇ *a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione.*
- Interventi di Pronto intervento/sollievo (Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare).

A tal fine dichiaro che la situazione di emergenza si è verificata a seguito di _____ e di essere disponibile all'esperienza di permanenza in accoglienza temporanea presso la struttura di residenzialità _____

- **interventi infrastrutturali:** di poter attivare un progetto individuale, ai sensi dell'art.14 Legge 328/2000, relativo ad interventi infrastrutturali previsti nell'avviso "Dopo di noi" – fondi annualità 2022:
 - Interventi di ristrutturazione dell'abitazione;
 - Sostegno del canone di locazione/utenze;
 - Sostegno delle spese condominiali.

La persona si rende pertanto disponibile a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso l'abitazione di proprietà sottoposta a ristrutturazione da destinare ad alloggio per il dopo di noi.

In caso di assegnazione del contributo, la persona è consapevole che l'immobile o unità abitativa oggetto del progetto richiesto non potrà essere alienato né distolto dalla destinazione per cui è stato presentato il progetto, per un periodo di almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo.

Per l'alloggio sito in Via: _____

Località: _____

DICHARA

- che il sig./la sig.ra _____ (beneficiario):
- ha una disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
 - è in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
 - ha età compresa tra i 18 e i 64 anni;
 - non usufruisce di altre misure, o usufruisce di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto;
 - di avere un ISEE SOCIO SANITARIO pari a _____;
 - è privo del sostegno familiare in quanto (barrare):
 - mancante di entrambi i genitori
 - presenza di un solo genitore
 - genitori non in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale /prospettiva del venir meno del sostegno familiare
 - Che il proprio nucleo familiare è composto da (COMPILARE OGNI PARTE):
 - madre (nome e cognome)....., di anni....., in condizione..... (specificare quale, es. autosufficienza, invalidità e con quale percentuale);
 - padre (nome e cognome)....., di anni....., in condizione..... (specificare quale, es. autosufficienza, invalidità e con quale percentuale);
 - fratelli (nome e cognome)....., di anni....., in condizione(specificare quale, es. autosufficienza, invalidità e con quale percentuale);
 -
 - Che il caregiver familiare è (NOME e COGNOME, RELAZIONE).....

Dichiara inoltre:

- di frequentare (segnare con una croce nell'apposito spazio) i seguenti servizi diurni:
 - Centro Socio Educativo (CSE)
 - Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA)
 - Centro Diurno Disabili (CDD)
 - Servizio Territoriale disabili autorizzato
- di beneficiare delle seguenti misure (segnare con una croce nell'apposito spazio):
 - Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - protesi/ausili
 - Misura B1 FNA Buono assistente personale
 - Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare
 - Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
 - Voucher inclusione disabili (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 _____
 - contributi economici
 - altro (specificare) _____
- Di essere inserito in gruppo appartamento, Cohousing/Housing SI NO
- Nell'alloggio sito in Via: _____

Località: _____

Eventuale ente gestore: _____

○ la presenza di assistente personale regolarmente assunto:

- nessuno
- 24 H
- Tempo pieno > 7 ore
- Tempo parziale < 7 ore
- Qualificato 24 h
- Qualificato tempo pieno > 7 ore
- Qualificato tempo parziale < 7 ore
- Altro

(Flaggare fra una delle tre opzioni sotto riportate):

- Il beneficiario è inserito in struttura residenziale ed è necessario e realizzabile avviare un percorso di deistituzionalizzazione,
- Il beneficiario vive in un'abitazione non idonea in cui sono presenti ad esempio barriere architettoniche, l'abitazione è isolata, le condizioni igieniche sono inadeguate.
- Il beneficiario risiede in un alloggio adeguato.

DICHIARA INOLTRE

- Di aver preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- Il/la sottoscritto/a..... dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato alla redazione di un progetto individuale personalizzato sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori socio-sanitari di ASST, dell'assistente sociale del Comune di residenza e dell'assistente sociale dell'Ambito di Asola, ed integrata con gli operatori di Enti del terzo Settore eventualmente segnalati nella rete progettuale;
- di essere a conoscenza dei criteri di priorità previsti per l'assegnazione delle risorse riportati nell'Avviso e per quanto non specificato in riferimento al Decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. 3404 del 20/07/2020;
- di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individualizzato;
- di dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al proprio Comune di residenza, entro dieci giorni dall'evento stesso;
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza e l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potranno procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria.

Luogo e data _____

Firma

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

In armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che il soggetto interessato prenda visione di una serie di informazioni che lo possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegando quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

Il trattamento dei dati personali, particolari ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16 e giudiziari ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16 sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del GDPR è l'Azienda Speciale Servizi alla Persona dell'Asolano ASPA.

I Titolari del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR sono i Comuni dell'Ambito Territoriale di Asola, ciascuno dei quali in riferimento alle richieste ad essi presentate.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici del Titolare del trattamento e consultabile sul proprio sito web.

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale del Titolare del trattamento.

Luogo e data _____

Firma

Si allegano:

- Documento di identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti);
- Codice fiscale del beneficiario;
- Certificazione e copia del verbale di invalidità civile;
- Certificazione e copia del riconoscimento della disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/92;
- ISEE socio – sanitario;
- Altro _____

Qualora vengano richiesti interventi infrastrutturali si allega in relazione alle singole unità immobiliari:

- titolo di proprietà;
- planimetria dell'abitazione;
- preventivo di spesa degli interventi di ristrutturazione programmati e/o contratto d'affitto e preventivo spese condominiali.