



ASSEMBLEA DEI SINDACI DEI PIANI DI ZONA

Ufficio di Piano degli interventi e dei servizi sociali del Distretto di Dongo

Comuni di Crema, Domaso, Dongo, Dosso del Liro, Garzeno, Gera Lario, Gravedona ed Uniti, Livo, Montemezzo, Musso, Peglio, Pianello del Lario, Sorico, Stazzona, Trezzona, Vercana

Via Don P. Pedroli, 2 – 22015 - Gravedona ed Uniti – 0344/916031- fax 0344/85684

amministrazione@letrepievi.it

DOMANDA PER ACCESSO ALLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON ISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE - DOPO DI NOI - L. 112/2016.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente in _____ via _____

telefono _____ mail _____

in qualità di

Beneficiario

oppure

Genitore

Tutore/curatore

Amministratore di sostegno

del beneficiario

sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____

residente in _____ via _____

telefono _____ mail _____

CHIEDE

di beneficiare dell'assegnazione delle risorse per la seguente prestazione

INTERVENTI GESTIONALI

- Sostegno e accompagnamento all'autonomia (voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile di voucher fino a € 600,00 annuo per consulenza /sostegno alla famiglia)
- Programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara

il possesso dei requisiti minimi di accesso ed in particolare:

- 1) che la disabilità grave di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- 2) di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- 3) di avere, al momento della presentazione della domanda un'età compresa tra 18 e 64 anni;
- 4) di essere residente nel Comune di _____ facente parte dell'ambito territoriale sociale di Dongo;
- 5) di possedere ISEE socio sanitario (allegato alla domanda) pari ad € _____ *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)
- 6) di essere privo, attualmente o in prospettiva, del sostegno familiare in quanto (segnare con una croce nell'apposito spazio):
 - 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;
- 7) 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;
- 8) di frequentare (segnare con una croce nell'apposito spazio):
 - Centro Socio Educativo (CSE) per numero giornate settimanali _____
 - Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA) per numero giornate settimanali _____
 - Centro Diurno Disabili (CDD) per numero giornate settimanali _____
- 9) 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 _____
 - 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 altre 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 un 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 (ISEE **ordinario** allegato) pari a € _____
- persona con disabilità grave mancante di entrambi i genitori, priva 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 inserita in struttura residenziale non in grado di garantire, per tipologia d'offerta, condizioni abitative e relazionali assimilabili all'ambiente familiare (Gruppi appartamento e soluzioni di Cohousing/Housing);
- persona di età compresa tra 18/25 anni;
- persona di età compresa tra 26/45 anni;
- persona di età compresa tra 46/55 anni.

Dichiara infine

- 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 DGR 4749 del 24/05/2021;
- di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individualizzato;
- di impegnarsi a compartecipare alle spese previste per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;
- di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione relativa ad eventi che comportino 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 tutore/curatore **dichiara**

- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale sociale di Dongo, 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 D.Lgs 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia dei dati personali) 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 _____

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 si porta a conoscenza dei richiedenti che:

1. i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Azienda Le Tre Pievi – Servizi Sociali Alto Lario, soggetto giuridico al quale afferisce l'Ufficio di Piano territoriale, secondo le vigenti disposizioni in materia;
2. il conferimento dei dati è necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
3. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano e Enti deputati alla valutazione, gestione e controllo con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla legge e dai regolamenti comunali;
4. il richiedente, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. n. 196/2003, ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati; il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Le Tre Pievi – Servizi Sociali Alto Lario e il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore dell'Azienda Le Tre Pievi – Servizi Sociali Alto Lario, domiciliato per la carica presso la sede operativa sita in Gravedona ed Uniti, Via Don P. Pedroli, 2.

Firma _____

ALLEGA:

- 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 invalidità civile ed eventuale riconoscimento l.104/92
- Copia carta d'identità del richiedente e di chi presenta la domanda
- Copia sentenza del tribunale di nomina del tutore/curatore/ADS del soggetto fragile
- Copia attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria
- Copia attestazione ISEE ordinario (per priorità)
- Altro _____