

All'Ufficio di Piano – Servizi Sociali del Comune di Castrovillari

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO PER ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE "DOPO DI NOI" L.N. 112/2016.

ANNUALITA' 2016 - CUP: E91H23000080001 - ANNUALITA' 2017 – CUP : E91H23000090001  
 - ANNUALITA' 2018 – CUP : E91H23000100001

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

A conoscenza delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenete dati non più rispondenti a verità (att. 76 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche) in base agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

Di essere nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.f.  
 \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email  
 \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

OPPURE

IN NOME E PER CONTO DI

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
 \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n.  
 \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**Dichiarando di agire in qualità di:**  Familiare  Tutore  Curatore  Amministratore di sostegno

ATTESTA che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	CODICE FISCALE

## CHIEDE

L'attivazione di un progetto personalizzato per il/la Sig./sig.ra

---

A VALERE SULLE SEGUENTI TIPOLOGIE DI SOSTEGNO:

O "Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione".

O "Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (inclusa la propria abitazione)".

O "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".

O "Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare" programmata a supporto delle famiglie che assistono la persona disabile.

### REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ:

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", ossia:

- 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 nel Comune di \_\_\_\_\_ appartenente dell'Ambito Territoriale di Castrovillari .

### CONDIZIONI DI PRIORITÀ

Dichiara, altresì:

- di trovarsi in una condizione di ulteriore priorità caratterizzata dalla maggiore urgenza, valutata in rapporto a:
  1. limitazioni dell'autonomia;
  2. ridotti sostegni che la famiglia e in grado di fornire in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione per garantire una buona relazione interpersonale;
  3. 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, ecc ...);
  4. condizioni di vulnerabilità economica della persona con disabilità e della sua famiglia, certificate dall'ISEE ordinario (in tal caso allegare alla documentazione);
- Di essere in possesso di un ISEE socio sanitario come previsto dall'Avviso.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, 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 équipe multiprofessionale, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave.

**ALLEGA alla presente istanza:**

- Certificazione di disabilità ex L. n. 104/92 art. 3 co. 3
- Attestazione ISEE socio sanitario del soggetto interessato
- Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria di chi propone l'istanza
- Fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria del soggetto per il quale si richiede l'ammissione al beneficio
- Fotocopia provvedimento di nomina all'ufficio di tutore/amministratore di sostegno (eventuale)

*AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY- Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali "e ss.mm.ii." e Regolamento UE-GDPR n. 2016/679.*

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del beneficiario diretto \_\_\_\_\_

Firma del  Familiare  Tutore  Curatore  Amministratore di sostegno (*barrare la voce che ricorre*)

\_\_\_\_\_