



AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI
Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio
Sede legale: Via Lusardi 26 – 22017 MENAGGIO (CO)
Sede operativa: Via a Porlezza, 10 - 22028 PORLEZZA (CO)
Tel. 0344 30274 - Fax. 0344/70299 -
segreteria@aziendasocialeclv.it
P.I. 02945720130

**DOMANDA PER ACCESSO ALLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE
DEL SOSTEGNO FAMILIARE -DOPO DI NOI- L. N. 112/2016.
ANNO 2018**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario del
beneficio, nato a _____ il _____, residente
in _____ in via _____;

Oppure, se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente in _____ in via _____
in qualità di _____ del soggetto destinatario del beneficio, sig./sig.ra
_____ nato a _____ il _____,
residente in _____ alla via _____

visto l'Avviso Pubblico dell'Ambito di Menaggio relativo all'oggetto

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 dall'Ambito di Menaggio

- **INTERVENTI GESTIONALI**

- Sostegno e accompagnamento all'autonomia**
- Gruppo appartamento con Ente Gestore**
- Pronto Intervento**

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

Dichiara

di essere in possesso/che il beneficiario/ i beneficiari sono è in possesso dei requisiti minimi di accesso ed, in particolare, che:

1) 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 essere residente nel Comune di _____ nell'ambito di Menaggio

4) 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'Azienda Sociale Centro Lario e Valli acquisirà l'attestazione relativa all'ISEE direttamente dall'INPS (art. 11, c.10, DPCM 159/2013)

5) di essere privo 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

6) di presentare una situazione di gravità tale da rendersi necessaria una valutazione multidimensionale appropriata che comprenda il contributo degli operatori impegnati nel sostegno diretto alla persona ai sensi di quanto previsto dal Decreto Regionale 8196/2017

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*):

- Frequenza di Centro Socio Educativo (CSE)
- Frequenza di Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA)
- Frequenza di Centro Diurno Disabili (CDD)

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 _____
- 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 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** 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 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 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**

- di essere a conoscenza che il l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, 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 il voucher sociale 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 Sociale Centro Lario e Valli dell'ambito territoriale di Menaggio 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'Azienda Sociale Centro Lario e Valli 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 Sociale Centro Lario e Valli dell'ambito territoriale di Menaggio e che il responsabile del trattamento dei dati è il direttore dell'Azienda Sociale Centro Lario e Valli.

Firma

DA COMPILARE IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA DICHIARAZIONE

La presente dichiarazione è stata resa da: Cognome e Nome.....

In qualità di (*specificare se Tutore/Curatore o il grado di familiarità¹*).....

Comune o Stato estero di nascita.....

Prov.....data di nascita...../...../.....Comune di Residenza.....

Prov.....CAP.....Indirizzo completo.....

Numero telefonico.....

DATA _____

FIRMA _____

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

²I parenti entro il terzo grado sono: i figli, i nipoti rispetto ai nonni, i fratelli, i pronipoti rispetto ai bisnonni, i nipoti rispetto agli zii;

gli affini entro il secondo grado sono: i generi e le nuore, i figliastri, i cognati (con l'avvertenza che i coniugi dei fratelli non sono affini tra di loro.