

ISTANZA DI ACCESSO INTERVENTO GESTIONALI "DOPO DI NOI"

a favore di persone con disabilità grave e prive del sostegno familiare residente nel Piano di Zona di Casteggio - Legge N. 122/2016 "DOPO DI NOI"

La/Il sottoscritta/o:

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

In qualità di

- Beneficiario**
- Familiare**
- ADS/Tutore/Rappresentante Legale**
- Rappresentante legale dell'Ente /Associazione**

CHIEDE

Il PROGETTO INDIVIDUALIZZATO per intervento gestionale in favore di (compilare solo se diverso dal beneficiario)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Zona Municipale _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ @mail _____

A) **Accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare/deistituzionalizzazione**
(voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile di voucher fino a € 600,00 annuo per consulenza /sostegno alla famiglia)

B) **Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative**

Tipologia di alloggio:

- Gruppo appartamento con Ente gestore** (voucher mensile fino a € 500,00 per persona frequentante servizi diurni – voucher mensile fino a € 700 per persona non frequentante i servizi diurni)
- Gruppo appartamento autogestito** (contributo mensile fino a € 600,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)
- Soluzione abitativa in Cohousing/Housing** (Buono mensile di € 900,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)

(è possibile barrare una sola opzione tra A, B)

C) **Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento**

(contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale)

a tal fine

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che

La persona destinataria dell'intervento residente nel Piano di Zona di Casteggio è **disabile grave** ai sensi della **Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa :

- È regolarmente soggiornante in Italia,
- Ha patologia relativa alla disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità,
- Ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni

La persona destinataria dell'intervento è beneficiaria delle seguenti misure (*segnare con una croce nell'apposito spazio*)

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Misura B2 FNA: Buono Caregiver familiare
- Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Misura 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 _____
- altro (specificare) _____

La persona destinataria dell'intervento è in possesso delle seguenti priorità:

- 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, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle previste dal ex DM del 23 novembre 2016 art. 3 comma 4) ed art. 4 comma 3) pubblicato sulla GU al n. 45 del 23 febbraio 2017, (Gruppi appartamento e soluzioni di Cohousing/Housing).
- ISEE ordinario pari a _____

Se il richiedente è un Ente o Associazione erogatore degli interventi deve possedere i seguenti requisiti:

- Di avere una comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie;
- Di essere iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali
- L' assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali o procedimenti penali in corso;
- La garanzia da parte degli enti della solvibilità autocertificando l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia (Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 – 14° aggiornamento)

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento:

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, effettuata in maniera integrata tra équipe pluriprofessionali dell'A.S.S.T. di Pavia e operatori sociali degli Ambiti/Comuni sulla base di apposito protocollo definito dalla Cabina di regia costituita presso l'ATS di Pavia.
- 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 un progetto individualizzato;
- di impegnarsi a partecipare alle spese previste per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;
- di 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.
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, 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 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;

ESPRIME

il proprio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dal d.lgs. 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia dei dati personali)

Luogo e Data _____

Firma

ALLEGA

La/Il sottoscritta/o allega alla domanda la seguente documentazione in copia semplice:

- ✓ Documento di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario
- ✓ Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3
- ✓ ISEE ordinario (per priorità)
- Provvedimento di protezione giuridica che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile
- Idea Progettuale: Descrizione sintetica delle finalità, degli obiettivi di intervento, degli esiti attesi e dei relativi indicatori di risultato per la realizzazione di un progetto di vita che promuova l'emancipazione della persona adulta con disabilità dai genitori e l'inclusione sociale della persona con disabilità
- Altro _____

Data ____/____/____

Firma della/del dichiarante
