

MODELLO DI DOMANDA

Al Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano  
dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino

Oggetto: Interventi per il Dopo Di Noi – Legge N. 112/2016 – Fondo Annualità 2018.

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Interessato;
- Tutore
- Amministratore di Sostegno
- Familiare

Del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" diretti a persone con disabilità grave priva del sostegno familiare.

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 dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare, che:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'articolo 4 della medesima legge;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ ricompreso nell'Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino;
- di avere un'età superiore a 18 anni.

**Dichiara altresì** di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, non beneficiaria di trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

**Breve descrizione delle caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale, familiare e abitativa.**

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE		
Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita

**Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto**

- Studente                                       Lavoratore /trice
- Disoccupato/a
- Pensionato / a
- Altro \_\_\_\_\_

**Attuale situazione abitativa del titolare del progetto**

- da solo                                       in famiglia
- in comunità                                       Altro \_\_\_\_\_

**Usufruisce dei seguenti servizi**

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore sett.
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare					
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica					
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata					

<input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona					
<input type="checkbox"/> Assegno di cura					
<input type="checkbox"/> Trasporto					
<input type="checkbox"/> Buoni servizio					
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza / volontariato					
<input type="checkbox"/> Centro diurno					
<input type="checkbox"/> Inserimento lavorativo e/o formativo					
<input type="checkbox"/> Servizio socio – assistenziale – educativo scolastico					
<input type="checkbox"/> Telesoccorso / Teleassistenza					
<input type="checkbox"/> Assegno disabilità gravissima					
<input type="checkbox"/> Altro .....					

Legenda: Pub = pubblico; Pri = privato; Con = continuativo; Tem = temporaneo

**Altro:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Indicazione del tipo di intervento richiesto:**

- AZIONE “A”: percorsi programmati di accompagnamento per l’uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione di cui all’art. 3, commi 2 e 3 del DPCM del MLPS del 23/11/2016;
- AZIONE “B”: interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che presentino caratteristiche di cui all’articolo 3 comma 4 del Decreto attuativo del MLPS del 23.11.2016.
- AZIONE “C”: programmi di accrescimento della consapevolezza, di abitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana art. 3 comma 5 del Decreto attuativo del MLPS del 23.11.2016, anche attraverso tirocini per l’inclusione sociale;

AZIONE "E": interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare di cui all'art. 3 comma 7 del Decreto attuativo del MLPS del 23.11.2016.

**In riferimento al co-housing, indicare:**

a. l'ubicazione dell'alloggio di riferimento per il co-housing, se di proprietà, in affitto o altro:

---

---

b. nominativi delle persone in co-housing:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Indicare gli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso l'intervento richiesto:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Inoltre il sottoscritto dichiara che l'abitazione per il co-housing:**

- ha la necessaria certificazione di agibilità,
- ha la certificazione di idoneità degli impianti,
- ha l'attestazione energetica APE,
- ha regolare contratto di affitto o titolo di proprietà.

*La suddetta documentazione deve essere presentata entro venti giorni dalla comunicazione di avvenuto finanziamento del progetto.*

**(Compilazione a cura dell'UVM)**

Proposta di Case Manager

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Domiciliato a _____ in Via _____
Codice Fiscale _____
Tel. _____ Mail _____

**Si allega:**

- documento di identità del richiedente e/o del beneficiario;
- certificazione attestante Invalidità civile o handicap;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/92;
- certificato dell'ISEE ordinario;
- copia o autocertificazione stato di famiglia;
- nei casi di persone rappresentati da terzi, copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittima l'istante a rappresentare la persona disabile;
- permesso di soggiorno valido, se cittadino straniero;
- altro (documentazione utile alla valutazione dell'UVM).

*Data e Luogo* \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente il beneficio, suo familiare,  
tutore ovvero amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_