

SCHEDA ACCESSO

MISURE DOPO DI NOI

Punto di Accesso/Comune					
Soggetto Proponente/ Inviante/Ente o Associazione				operatore	
Cognome				Nome	
Indirizzo residenza					
CAP		Comune			Prov.
Telefono				Cellulare	
email					
codice fiscale		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Sesso	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Comune di Nascita			Prov.
Nazione di Nascita				Data di Nascita	/ /
Cittadinanza (Nome Stato)					
IBAN					
Banca di Appoggio					
Intestazione Conto					
Titolo di studio				Occupazione	<input type="radio"/> Lavoratore <input type="radio"/> disoccupato <input type="radio"/> studente <input type="radio"/> pensionato

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 attraverso la predisposizione di un progetto individuale ai sensi dell'art.14 legge 328 relativo alle seguenti misure di sostegno:

- Accompagnamento all'autonomia
- Supporto alla Residenzialità - Gruppo appartamento/Housing sociale
- Ricovero di Pronto intervento/Sollievo
- Intervento di ristrutturazione
- Sostegno canone locazione/spese condominiali

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

DICHIARA

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 dalla DGR 6674/2017

7. di non frequentare /di frequentare (cancellare voce esclusa) i servizi seguenti servizi diurni:

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

8. di beneficiare 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;CAH;CSS) specificare _____
- altro (specificare) _____

10. di essere disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezza 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.

11. di essere disponibile:

- a costruire con più persone con disabilità grave interessate ad un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione;
- a mettere a disposizione un proprio bene immobile o a condividere la fruizione di bene immobile ai fini della realizzazione un progetto di vita dopo di NOI
- all'esperienza di permanenza in accoglienza temporanea/sollievo.

12. di essere in possesso delle seguenti priorità:

- ISEE socio sanitario pari a _____
- 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, 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).

DICHIARA INOLTRE

- 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 di un'équipe composta da professionalità quali medico, psicologo e infermiere, appartenenti all'ASST, e assistente sociale, 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 un progetto individualizzato;
- di impegnarsi a compartecipare 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 fornire ulteriore documentazione/informazione eventualmente richiesta in sede di valutazione dell'istanza
- 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:

- ISEE socio sanitario per prestazioni agevolate (in copia)
- ISEE ordinario (in copia)
- Certificato 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 (in copia)
- Verbale invalidità civile ed eventuale riconoscimento legge 104/92 (in copia)
- Carta d'identità e codice fiscale (in copia)
- Altro _____

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'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Lodi 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'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Lodi e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso il Comune di Lodi.

Luogo e Data _____

Firma _____