

per il Distretto S.S. n. 27
tramite il Comune

di _____

OGGETTO: Partecipazione Avviso Pubblico L. 112 del 22/06/2016- Programma Regionale "Dopo di Noi"
D.A. 2727/S5 del 16 ott 2017. Richiesta Progetto Personalizzato per persona con disabilità grave art. 3,
comma 3, L. 104/92.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Recapito telefonico _____ e mail _____ pec _____

in qualità di

___ Beneficiario/a

___ Tutore/Tutrice/ Amministratore di sostegno.

CHIEDE

che venga predisposto il Progetto Personalizzato

in favore dello stesso;

ovvero in favore di _____ nato a _____

il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Recapito telefonico _____ e mail _____ pec _____

Per l'attivazione di uno dei seguenti interventi del Progetto "Dopo di Noi" :

- ___ percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione;
- ___ interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3 comma 4 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 23 novembre 2016;
- ___ programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia e una migliore gestione della vita quotidiana;
- ___ introduzione e/o implementazione di soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art 3, c.4 co-housing e gruppi appartamento per non piu' di 5 persone che vedano il disabile in uscita dal nucleo familiare o in uscita dalla istituzionalizzazione, ovvero sia prevista nel progetto la rivalutazione della condizione abitativa;
- ___ in via residuale, per situazioni di emergenza, interventi per la permanenza temporanea in soluzioni abitative extra-familiari che rispondano alle necessità di cura della persona disabile.

A tal fine, DICHIARA ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, che la persona destinataria dell'intervento:

a) __ è residente nel Comune di _____

b) __ la patologia relativa alla disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

c) si trova nelle seguenti condizioni:

1) __ persona con disabilità grave priva del sostegno familiare;

2) __ persona con disabilità grave, i cui genitori, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire il sostegno genitoriale necessario;

3) __ persona con disabilità grave inserita in strutture residenziali.

Allega:

- 1) Certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92;
- 2) ISEE socio sanitario, in corso di validità e D.S.U. del disabile, ivi compresi assegno/pensione/invalidità civile, indennità di accompagnamento, assegno/pensione invalidità INPS, pensione di reversibilità, ecc.
- 3) Copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- 4) ISEE ordinario del nucleo familiare;

Altresì, per i cittadini di Stati non aderenti alla UE

- 5) copia della carta o del permesso di soggiorno del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- 6) copia del Codice Fiscale del richiedente e del beneficiario se non coincidenti.

Nel caso in cui il richiedente disabile venga rappresentato da terzi, è necessario produrre copia del provvedimento di nomina del Tutore/Tutrice o Amministratore di sostegno.

Si precisa che potrà essere allegata alla domanda ogni altra documentazione utile ad attestare le condizioni di maggiore urgenza o di priorità previste.

DATA _____

FIRMA
