



Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO VT/1

[Comuni di Montefiascone (Ente Capofila), Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASL Distretto A]

AMBITO SOVRADISTRETTUALE DI VITERBO/TARQUINIA/MONTEFIASCONO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO DOPO DI NOI

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto

richiedente, nato a _____ il _____,

residente

a _____ in via _____

tel. _____ indirizzo mail _____

Oppure, se impossibilitato/a

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____, residente a _____

in via _____ tel. _____

indirizzo mail _____

in qualità di:

genitore del soggetto richiedente

familiare del soggetto richiedente

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente

Chiede l'attivazione di un progetto personalizzato

TIPOLOGIE DI SOSTEGNO

Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine

ovvero per la deistituzionalizzazione;

Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative;

Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale di cui alla legge 68/1999 sul collocamento mirato;

Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare;

REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesti dall'Avviso pubblico Dopo di noi, ovvero:

-che la condizione di disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

-di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni;

-di essere in possesso di certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

- di essere residente nel territorio del Comune di

Dichiara di trovarsi inoltre in una delle seguenti situazioni:

persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori;

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 garantire l'adeguato sostegno genitoriale, ivi compresa la prospettiva del venir meno del supporto familiare;

persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

CONDIZIONI DI PRIORITÀ

Dichiara altresì di trovarsi in una condizione di *ulteriore priorità* caratterizzata dalla *maggiore urgenza*, valutata in rapporto a:

limitazioni dell'autonomia

ridotti sostegni che la famiglia è in grado di fornire in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione per garantire una buona relazione interpersonale;

- inadeguata condizione abitativa e ambientale (ad es spazi inadeguati per i componenti famiglia, condizioni igieniche inadeguate, condizioni strutturali inadeguate, i, barriere architettoniche–interne ed esterne all'alloggio, abitazione isolata, ecc);
- condizioni di vulnerabilità economica della persona con disabilità e della sua famiglia , certificate dall'ISEE ordinario

Dichiara, altresì:

- di essere disponibile a convivere con più persone con disabilità grave, la cui individuazione è successiva alla valutazione effettuata dalle Unità di Valutazione Multidimensionali e terrà conto delle eventuali e pregresse esperienze di semi autonomia, al fine di favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito;
- di aver aderito alla manifestazione d'interesse della Regione Lazio, di cui alla determinazione dirigenziale G 15084/2017 per il conferimento di un immobile da destinare alle finalità del "Dopo di Noi": SI NO
- di essere fruitore dei servizi erogati dalla seguente Associazione di famiglie di persone con disabilità

_____;

- che la predetta Associazione di famiglie di persone con disabilità ha aderito alla manifestazione d'interesse della Regione Lazio, di cui alla determinazione dirigenziale n. G15084/2017 per il conferimento di un immobile da destinare alle finalità del "Dopo di Noi":

SI NO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- documento di identità del/la richiedente e del/la beneficiario/a se non coincidenti
- codice fiscale del/la beneficiario/a
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92
- ISEE ordinario

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'accesso ai diversi sostegni è subordinato alla definizione di un **progetto personalizzato** che sarà adottato, in seguito alla valutazione multidimensionale, da un'équipe pluri-professionale, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave.

Luogo e data _____ Firma _____