

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

ALL'AVVISO PUBBLICO

**PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL
SOSTEGNO FAMILIARE**

ai sensi della legge n°112 del 2016 cosiddetta Legge del Dopo di Noi

ALLEGATO 1

Al Consorzio della Valle del Tevere

Piazza San Lorenzo n°8,

00060 Formello RM

Distretto di Sovrambito

RM 4.3+4.4

o per il tramite del

Ufficio di Piano di Zona

Piazza Mazzini n° 5,

00062 Bracciano RM

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO:

Il/La sottoscritto/a _____,
nato a _____ prov. _____ il _____,
residente nel comune di _____ Prov. _____
Via/Piazza _____
CAP _____ Tel. _____
Indirizzo Mail _____
In qualità di:
<input type="checkbox"/> genitore del soggetto richiedente
<input type="checkbox"/> familiare del soggetto richiedente
<input type="checkbox"/> esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto

In favore di: (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

**CHIEDE L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO PERSONALIZZATO
PER LE SEGUENTI TIPOLOGIE DI INTERVENTI**

(barrare la condizione che interessa la persona):

- Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione;
- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che riproducano un ambiente abitativo di tipo familiare;
- Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile e in tal contesto tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
- In via residuale interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare;

REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ

(barrare la condizione che interessa la persona):

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'Avvisopubblico 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 superiore ai 18 anni o di essere in procinto del compimento della maggiore età;
- 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 Comune di

DICHIARA DI TROVARSI INOLTRE IN UNA DELLE SEGUENTI SITUAZIONI

(barrare la condizione che interessa la persona):

- 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 personale di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno necessario a una vita dignitosa;
- Persona con disabilità grave, inserite in strutture residenziali 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

(barrare la condizione che interessa la persona):

- 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;
- Inadeguata condizione abitativa e ambientale (ad es. spazi-inadeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche inadeguate, condizioni strutturali inadeguate, 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

(barrare la condizione che interessa la persona):

- Di essere disponibile a convivere con più persone con disabilità grave, la cui individuazione è successiva alla valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale che terrà conto delle eventuali e pregresse esperienze di semi autonomia, al fine di favorire una migliore inclusione sociale della persona interessata;
- Di aver aderito alla manifestazione d'interesse della Regione Lazio, di cui alla determinazione dirigenziale G15084/2017 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 conferimento di un immobile da destinare alle finalità del "Dopo di Noi"
SI NO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA:

1. Fotocopia del documento di identità in corso di validità della persona con disabilità grave e della persona che presenta la domanda, se non coincidente, congiuntamente a copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona con disabilità; per i cittadini di stati non aderenti alla UE copia della carta o del permesso di soggiorno;
2. Fotocopia del Codice Fiscale del/la beneficiario/a;
3. Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
4. Eventuale copia del verbale di invalidità civile;
5. Attestazione ISEE ordinario in corso di validità (dell'interessato e del nucleo familiare);
6. Eventuali certificazioni sociosanitarie e/o ogni altra documentazione che attesti quanto dichiarato.

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Consorzio della Valle del Tevere.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Consorzio della Valle del Tevere nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D. Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico per l'accesso ai Progetti di Vita Indipendente.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____