ALLEGATO 1

**DOMANDA DI ACCESSO**

**INTERVENTI GESTIONALI**

**Programma operativo “Dopo di Noi” L. 112/2016**

**Il/la sottoscritto/a**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e cognome | | | | | | | | | |
| Codice fiscale | | | | | | | | | |
| Genere | 🞎 | Maschio | | | | | 🞎 | Femmina | |
| Data di nascita | | | | | | | Età |  | |
| Comune di nascita | | | | | | | | Prov. |  |
| Residente a | | | C.A.P. | |  | | | Prov. |  |
| via e nr. civico | | | | | | | | | |
| @mail | | | | | | | | | |
| Telefono | | | | Cell. | |  | | | |

**In qualità di**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | Persona con disabilità |
| 🞎 | Familiare: specificare |
| 🞎 | Amministratore di sostegno |
| 🞎 | Tutore |
| 🞎 | Curatore |
| 🞎 | Legale rappresentante dell’Ente Pubblico/Privato di cui sotto:  Nominativo Ente  Sede legale: Comune di C.A.P. Prov.  via e nr. civico  C.F. e P.IVA  Telefono Cell.  E-mail |

**In nome e per conto di (compilare solo se la domanda non è presentata dal possibile diretto beneficiario)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e cognome | | | | | | | | | | |
| Codice fiscale | | | | | | | | | | |
| Genere | 🞎 | Maschio | | | | | 🞎 | Femmina | | |
| Data di nascita | | | | | | | | | | |
| Comune di nascita | | | | | | | | | Prov. |  |
| Residente a | | | C.A.P. | |  | | | | Prov. |  |
| via e nr. civico | | | | | | | | | | |
| @mail | | | | | | | | | | |
| Telefono | | | | Cell. | |  | | | | |

#### CHIEDE L’ACCESSO AI SEGUENTI INTERVENTI

**Percorsi di accompagnamento all’autonomia per l’emancipazione dal contesto familiare ovvero per la de-istituzionalizzazione**

* Voucher di accompagnamento all’autonomia fino a € 4.800,00 annui, per attività a valenza educativa rivolte alla persona;
* Voucher di euro 600,00 annui*,* a incremento del precedente, per attività sul contesto familiare*.*

**Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative**

* **Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore:**
  + fino ad euro 500,00 mensili per persona che frequenta servizi diurni (CSE, SFA, CDD)
  + fino ad euro 700,00 mensili per persona che NON frequenta servizi diurni (CSE, SFA, CDD).
* **Contributo residenzialità** **in gruppo appartamento autogestito** fino ad un massimo di euro 600,00 mensili pro capite.

*(Non superiore all’80% del costo degli assistenti personali o dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale, escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni).*

* **Buono residenzialità in cohousing/housing** fino a euro 900 mensili pro capite.

*(Non superiore all’80% del costo degli assistenti personali o dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale, escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni).*

**Interventi temporanei in situazione di emergenza**

* **Contributo giornaliero pro capite fino ad euro 100,00** per ricovero di pronto intervento, per massimo n.60 giorni

*(Per sostenere il costo della retta assistenziale, commisurato al reddito familiare, non superiore all’80% del costo del ricovero come da Carta dei servizi dell’Ente gestore dell’Unità d’Offerta).*

#### A TAL FINE DICHIARA CHE

*ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti*

**Il nucleo familiare del beneficiario dell’intervento è così composto:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Grado di parentela | Codice fiscale | Data di nascita | Luogo di nascita |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**In merito alla condizione del beneficiario dell’intervento:**

|  |  |
| --- | --- |
| **🔿** La persona è riconosciuta disabile grave ai sensi dell’articolo 3 comma 3 della legge 104/92 | |
| **🔿** La persona è priva del sostegno familiare in quanto: | |
|  | **🔿** mancante di entrambi i genitori |
|  | **🔿** i genitori non sono in grado di fornire l’adeguato sostegno genitoriale |
|  | **🔿** si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare |

**La condizione economica della persona disabile e della sua famiglia è la seguente:**

Persona disabile (ISEE socio-sanitario)

Valore ISEE Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Famiglia della persona disabile (ISEE ordinario)

Valore ISEE Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In merito alla frequenza dei servizi diurni e alla fruizione di servizi/benefici:**

|  |  |
| --- | --- |
| **🔿** La persona NONfrequenta servizi diurni | |
| **🔿** La persona frequenta il seguente servizio diurno | |
|  | **🔿** CDD |
|  | **🔿** CSE |
|  | **🔿** SFA |
|  | **🔿** Altro servizio (specificare) |

Denominazione servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **🔿** La personaNON fruisce di altri servizi/benefici |
| **🔿** La persona fruisce o è in attesa di fruire di servizi/benefici |

Denominazione servizio/beneficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erogato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In merito al possesso dei requisiti specifici per le diverse tipologie di intervento:**

***Percorsi di accompagnamento all’autonomia****: Voucher Accompagnamento all’autonomia/Voucher di consulenza-accompagnamento per la famiglia*

La persona beneficiaria

|  |
| --- |
| 🔿 Non è accolta in unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali |
| 🔿 Non fruisce di sostegni di “Supporto alla Residenzialità” del presente Programma |

***Supporto alla residenzialità*** *- Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore*

🔿 La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in appartamento con Ente gestore

Ente gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data inserimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ubicato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La persona beneficiaria

|  |
| --- |
| 🔿 Non fruisce della Misura B2 FNA - Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente |
| 🔿 Non fruisce del Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.) |
| 🔿 Non fruisce della misura Reddito di Autonomia disabili |
| 🔿 Non fruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD) |
| 🔿 Non fruisce del Sostegno “Voucher Accompagnamento all’autonomia” del presente Programma |

***Supporto alla residenzialità*** *- Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito/Buono residenzialità in Cohousing o Housing*

🔿 La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in gruppo appartamento autogestito/in residenzialità Cohousing o Housing

Data inserimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ubicato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In coabitazione con le seguenti persone disabili:

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La persona beneficiaria

|  |
| --- |
| **🔿** Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali |
| **🔿** Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale |

A decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per un costo presunto mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La persona beneficiaria

|  |
| --- |
| 🔿 Non fruisce della misura Reddito di Autonomia disabili |
| 🔿 Non fruisce del Sostegno “Voucher Accompagnamento all’autonomia” del presente Programma |

***Contributo accoglienza residenziale in situazioni di Pronto Intervento***

Ricovero a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per un totale di n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni

Per un costo presunto giornaliero di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Costo giornaliero della retta assistenziale (come da Carta dei Servizi dell’Ente gestore) € \_\_\_\_\_\_\_\_

**In merito al possesso dei requisiti specifici per gli enti o associazioni erogatori degli interventi:**

*(Compilare solo se il richiedente è ente o associazione)*

* Possiede comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell’erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie.
* È iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali o altro registro/albo:

Registro di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Sono assenti in capo al legale rappresentante condanne penali o procedimenti penali in corso.
* Non vi sono situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d’Italia.

**DICHIARA INFINE**

* di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente le condizioni;
* di essere a conoscenza che l’accesso ai benefici richiesti comporta la valutazione da parte di un’équipe multidisciplinare e la redazione di un progetto individuale;
* di essere a conoscenza che il comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli a campione sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate. Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il comune ne darà comunicazione all’Ufficio di Piano dell’Ambito Territoriale Valle Imagna-Villa D’Almè (ASC) per la sospensione/revoca del beneficio e si attiverà per l’eventuale recupero dei benefici concessi;
* di autorizzare il comune di residenza e l’Ambito Territoriale Valle Imagna-Villa D’Almè (ASC) al trattamento dei dati personalicontenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

Data e luogo, ………………

Il Dichiarante

**ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA DOMANDA**

Per tutti i richiedenti

* Fotocopia della carta d’identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario
* Certificazione di grave disabilità del beneficiario ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92
* Attestazione ISEE socio-sanitario o ISEE ordinario
* Per le richieste da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia dell’atto legale di nomina
* Per gli stranieri, copia del permesso di soggiorno in corso di validità

Per i soli richiedenti del Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore

* Certificazione di inserimento, avvenuto o di prossima realizzazione, rilasciato dall’Ente gestore dell’appartamento

Per i soli richiedenti di Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito o Buono residenzialità in cohousing/housing

* Documentazione attestante le spese relative all’assistenza, in caso di intervento già avviato

Per i soli richiedenti del Contributo per accoglienza temporanea in situazioni di emergenza

* Preventivo di spesa all’inserimento in struttura