



AMBITO SOVRADISTRETTUALE ROMA 5.3 e 5.4

Capofila Comune di Tivoli

Modulo di Domanda

Il/La Sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto richiedente, nato a _____ il _____, residente a _____ in Via _____, n. _____, tel. _____ indirizzo mail _____.

Oppure, se impossibilitato/a,

Il/La Sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto richiedente, nato a _____ il _____, residente a _____ in Via _____, n. _____, tel. _____ indirizzo mail _____.

In qualità di

- genitore del soggetto richiedente
- familiare del genitore 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 de-istituzionalizzazione;
- 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;
- Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare.

REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ

Consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del D.P.R. 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 rete interpersonale;
- inadeguata condizione abitativa e ambientale (ad es. spazi inadeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche inadeguate, condizioni strutturali inadeguate, barriere architettoniche interne/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 di 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 di 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

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE A PENA DI ESCLUSIONE

- Copia del documento di identità in corso di validità e copia del codice fiscale sia del richiedente che del beneficiario;
- Copia della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della l. 104/92;
- ISEE ordinario in corso di validità;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare la persona con disabilità.

Il sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 autorizza al 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 _____