



**DOMANDA DI ACCESSO
INTERVENTI GESTIONALI
Programma operativo "Dopo di Noi" L. 112/2016**

Il/la sottoscritto/a

| | | | | |
|-------------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|
| Nome e cognome | | | | |
| Codice fiscale | | | | |
| Genere | <input type="checkbox"/> | Maschio | <input type="checkbox"/> | 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

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Persona con disabilità |
| <input type="checkbox"/> | Familiare: specificare |
| <input type="checkbox"/> | Amministratore di sostegno |
| <input type="checkbox"/> | Tutore |
| <input type="checkbox"/> | Curatore |
| <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | Maschio | <input type="checkbox"/> | 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 “durante Noi” fino a euro 600,00 (attivabile singolarmente una sola volta e successivamente ad integrazione dei 3 voucher sotto riportati) propedeutico all'attivazione e/o mantenimento del percorso di emancipazione. Finalizzato a sostenere attività di sostegno, consulenza e informazione al nucleo familiare;
- Voucher di accompagnamento all'autonomia Finalizzato a promuovere progetti di emancipazione dal contesto familiare o di de- istituzionalizzazione. Incrementabili con il voucher 1).
 - Prima fase fino a euro 3.500,00 (durata massima due anni), per attività rivolte alla persona;
 - Seconda fase fino a euro 3.500,00 (durata un anno con possibilità di proroga per un altro anno);
 - Terza Fase o fase conclusiva fino a euro 4.800,00 (durata un anno con possibilità di proroga per un altro anno);
 - **Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative**
- **Supporto alla residenzialità:**
Importo massimo mensile voucher e/o contributo euro 1.000,00 pari a euro 12.000,00 annui. Aumentabile a euro 1.200,00 mensile in casi di elevata intensità di sostegno, corrispondenti a euro 14.400,00 annui.
- **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)).



Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare

- **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 persona non presenta comportamenti auto/eteroaggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, incompatibile con le tipologie di interventi e residenzialità oggetto del bando.

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 NON frequenta servizi diurni
- La persona frequenta il seguente servizio diurno
 - CDD
 - CSE
 - SFA
 - Altro servizio (specificare)

Denominazione servizio _____

Con sede a _____

- La persona NON 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 per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la de-istituzionalizzazione: Voucher Accompagnamento all'autonomia/Voucher di consulenza-accompagnamento per la famiglia

La persona beneficiaria

- Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili
- Non è accolta in unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali
- Non fruisce di sostegni di "Supporto alla Residenzialità" del presente Programma
- Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)



Supporto alla residenzialità - Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore

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

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

Regolarmente autorizzato al funzionamento con provvedimento:

Numero e data del provvedimento _____

Rilasciato da _____

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

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in gruppo appartamento autogestito

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 Euro _____

La persona beneficiaria

- Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili
- Non fruisce del Sostegno “Voucher Accompagnamento all’autonomia” del presente Programma
- Non fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Supporto alla residenzialità - Buono residenzialità in cohousing/housing

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in residenzialità in cohousing/housing

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

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 Euro _____

La persona beneficiaria

- Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili
- Non fruisce del Sostegno “Voucher Accompagnamento all’autonomia” del presente Programma
- Non fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)



*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 Euro _____

Costo giornaliero della retta assistenziale (come da Carta dei Servizi dell'Ente gestore) Euro _____

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;
- la situazione di assenza dell'adeguato supporto familiare;
- la propria disponibilità alla valutazione multidimensionale della persona beneficiaria dell'intervento operata da un'equipe multidisciplinare dedicata, attraverso specifici strumenti di valutazione (scheda IADL, ADL, scheda individuale della persona disabile -SIDi - per coloro che sono inseriti in strutture socio-sanitarie, e scheda di valutazione sociale) se non in possesso;
- il proprio impegno a concordare con l'equipe multidisciplinare e l'Assistente Sociale comunale un progetto individualizzato di durata almeno biennale, all'interno del quale saranno definiti il sostegno e i supporti previsti con il presente avviso.
- di essere a conoscenza e accettare che l'accesso ai benefici richiesti comporta la valutazione da parte di un'equipe multidisciplinare e la redazione di un progetto individuale;
- di essere a conoscenza e accettare che per i Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale della Val Cavallina il Consorzio 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 Consorzio procederà per la sospensione/revoca del beneficio e si attiverà per



l'eventuale recupero dei benefici concessi. Nel caso di residenze in un comune non facente parte dell'ATS Val Cavallina quanto sopra sarà di competenza del Comune di residenza del richiedente;

- di autorizzare il comune di residenza e il Consorzio Servizi **VAL CAVALLINA** al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta;
- di accettare la compartecipazione di Euro 75,00 per ogni week end effettuato che verrà addebitato a fine progettualità e di impegnarsi a versarlo al Consorzio Servizi Val Cavallina entro 30 giorni dalla data della richiesta.

Data e luogo,

Il Dichiarante

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA DOMANDA

- Certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della L.104/1992;
- Scheda classificazione SIDI e schede IADL e ADL, se già in possesso;
- Autocertificazione riguardante l'ISEE sociosanitario D.Lgs. 159/2013.