Comune di Collazzone | Comune di Deruta | Comune di Fratta Todina | Comune di Marsciano | Comune di Massa Martana | Comune di Monte Castello di Vibio | Comune di San Venanzo | Comune di Todi

Allegato A.1)

Richiesta di accesso ai servizi/interventi a valere sull'avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personalizzati per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

Legge n. 112/2016. Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n._____ Via / P.zza _____ n.° _____ CAP_____ domiciliato presso _____ CAP_____ tel._____ cell._____

Indirizzo _____ email _____

Codice Fiscale_____

Stato civile[1] _____

Cittadinanza[2]:

- ☐ cittadino italiano;
- ☐ cittadino comunitario;
- ☐ familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n._____ rilasciato da _____con scadenza il _____;
- ☐ cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n._____ rilasciato da _____con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data_____;
- ☐ titolare di *status* di rifugiato (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)*

[1] Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

[2] Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

Comune di Massa Martana Prot. n. 0008449 del 18-08-2020 Cat. 2 Cl. 1 fSC. 11

_____;

☐ titolare di *status* di protezione sussidiaria _____;

GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'
(da compilare solo se necessario)

Cognome _____ Nome _____

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore ecc.)

_____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Comune afferente la Zona sociale n. _____ Via / P.zza _____ n.° _____

CAP_____ tel. _____Codice Fiscale _____

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

_____

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDE

di accedere o *(da compilare solo se necessario)* in qualità di legale rappresentante di far accedere Nome_____/Cognome_____,
agli interventi a valere sull'avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personalizzati per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare si cui alla Legge n. 112/2016 istitutiva del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

nello specifico

DI POTER ACCEDERE AI/A SEGUENTE/I SERVIZIO/I – INTERVENTO/I

☐ **Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, che riproducano soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare.** Nello specifico si fa riferimento a:

- ☐ sperimentazione di cicli di weekend fuori casa o struttura residenziale finalizzati ad accrescere la propria autonomia/potenzialità (afferenti alla sfera relazionale, interpersonale e domestica);

Comune di Massa Martana Prot. n. 0008449 del 18-08-2020 Cat. 2 Cl. 1 fSC. 11

- ☐ periodi di 2-3 mesi oppure 5-6 mesi (a titolo esemplificativo) fuori dal proprio nucleo familiare (o struttura residenziale), tesi a sperimentare e/o consolidare le proprie autonomie e la propria indipendenza dal nucleo di origine, adeguatamente supportati da personale qualificato (educatori professionali, eventuale personale socio-sanitario, case manager.)
- ☐ periodi medio-lunghi (massimo 12 mesi) fuori dal proprio nucleo familiare (o struttura residenziale) adeguatamente supportati da personale qualificato (educatori professionali, eventuale personale socio-sanitario, case manager..)

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

_____

_____

_____

_____

/----------/

☐ **Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative.** Le soluzioni alloggiative vanno individuate nel progetto personalizzato e devono presentare le caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di *co-housing* che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 4, del decreto 23.11.2016 e richiamate all'art. 9 del presente avviso.

Non sono ammissibili a finanziamento spese relative all'acquisto di immobili.

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

_____

_____

_____

_____

/----------/

☐ **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.** Nello specifico si fa riferimento a:

- ☐ azioni innovative volte all'accrescimento delle competenze e delle autonomie anche attraverso azioni sinergiche da realizzare con gli stakeholder territoriali (Centri per l'impiego, scuole, cooperative sociali, associazioni, ecc.);
- ☐ laboratori/centri innovativi che abbiano come obiettivo l'accrescimento delle autonomie e capacità (es. attraverso la diffusione dell'utilizzo del linguaggio '*easy to read*');
- ☐ percorsi innovativi che offrano possibilità occupazionali o di start-up di impresa sociale per l'autosufficienza delle micro comunità/gruppi appartamento.

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

_____

_____

_____

_____

/----------/

Comune di Massa Martana Prot. n. 0008449 del 18-08-2020 Cat. 2 Cl. 1 fSC. 11

☐ **(ESCLUSI DAL *BUDGET DI PROGETTO)* Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative, aventi le caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4 del decreto 23.11.2016, mediante pagamento degli oneri di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità.** Nello specifico si fa riferimento a quanto di seguito riportato e nei relativi limiti di spesa indicati:

1. Spese, entro il massimo del 10% delle risorse a tal fine assegnate ai Comuni capofila di Zona sociale/Unione dei Comuni del Trasimeno, per l'utilizzo di nuove tecnologie utili a migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di ambient *assisted living*. Al fine di "costruire" intorno alle persone con disabilità un ambiente che non venga percepito più come ostacolo, bensì come ausilio nella realizzazione della propria quotidianità potranno essere utilizzate le tecnologie domotiche, che al solo fine esemplificativo e non esaustivo, ricomprendono:
   - ☐ sistemi innovativi di automazione domestica, che facilitano, ad esempio, il controllo dei dispositivi presenti in casa;
   - ☐ sistemi di gestione dal proprio telecomando o smartphone dei dispositivi presenti in casa;
   - ☐ sistemi tesi a superare la fatica nello spostare o nel movimentare cose della propria abitazione essenziali alla propria vita quotidiana.
2. Spese, entro il massimo del 10% delle risorse a tal fine assegnate ai Comuni capofila di Zone sociale/unione dei Comuni del Trasimeno, destinate alla ristrutturazione dell'immobile se queste sono strettamente connesse alle esigenze di rendere adeguato l'immobile all'uso della persona con disabilità. Non sono ammissibili a finanziamento spese relative all'acquisto di immobili.

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

_____

_____

_____

_____

A tale fine

DICHIARA

CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ___/___/___ da _____ con verbale n. _____

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- ☐ fisica
- ☐ psichica
- ☐ sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- ☐ stabilizzata
- ☐ progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è: _____

_

Specificare inoltre:

Comune di Massa Martana Prot. n. 0008449 del 18-08-2020 Cat. 2 Cl. 1 fSC. 11

Altre patologie presenti _____
Cognome e Nome del medico curante _____
Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____

SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un **ISEE** del valore di: **€** _____(all.1)

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Compo nente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro/Pensionato
I°						
II°						
III°						

BREVE DESCRIZIONE dei sostegni che la famiglia è in grado di fornire, in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione e di garanzia di buone relazioni interpersonali:
_____
_____
_____

CONDIZIONE ABITATIVA ED AMBIENTALE

BREVE DESCRIZIONE della condizione abitativa e ambientale attuale:
(a titolo esemplificativo: spazi adeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche adeguate, condizioni strutturali adeguate, servizi igienici adeguati, barriere architettoniche, interne ed esterne all'alloggio, abitazione isolata, ecc), nonché, per le persone con disabilità grave già inserite in un percorso di residenzialità extra-familiare, delle caratteristiche di tali residenze di cui all'art. 3, comma 3 del decreto 23.11.2016 a maggior ragione quanto tale soluzione costituisca barriera all'inclusione della persona con disabilità grave, facilitandone l'isolamento)

_____
_____
_____
_____

DICHIARA

Comune di Massa Martana Prot. n. 0008449 del 18-08-2020 Cat. 2 Cl. 1 fSC. 11

di voler realizzare il seguente **progetto personale:**

Obiettivi di vita che si intendono perseguire connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo) **e indicazione in mesi (massimo 12) della durata del progetto**:

Condizione attuale (Specificare brevemente):

Necessità della persona (Specificare brevemente):

Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto personale di *co-housing*:

Stato_____ Città_____ Via/P.zza _____

vani n. _____Breve descrizione _____

- ☐ di proprietà [3]
- ☐ in uso gratuito
- ☐ usufrutto
- ☐ in affitto con contratto canone previsto nel contratto € _____
- ☐ Altro, specificare_____

Presenza servizi igienici adeguati	SI	NO
Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi	SI	NO

[3] nel caso che l'unità immobiliare messa a disposizione, il beneficiario sia titolare del diritto reale solo per una quota percentuale, deve essere fornita la documentazione della messa a disposizione della medesima unità immobiliare da parte dei comproprietari almeno per la durata del progetto personalizzato

Comune di Massa Martana Prot. n. 0008449 del 18-08-2020 Cat. 2 Cl. 1 fSC. 11

Presenza di barriere SI NO

Se SI, specificare:

Esterne _____

Interne _____

Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____

☐ Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazione acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune Marsciano, quale Capofila della Zona Sociale n. 4 in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune Marsciano, quale Capofila della Zona Sociale n. 4 in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto. 7, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati

Data, _____ Firma _____

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4)

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

_____

Allegati:

1) copia della certificazione ISEE;
2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;

Comune di Massa Martana Prot. n. 0008449 del 18-08-2020 Cat. 2 Cl. 1 fSC. 11

3) copia del documento di identità della persona con disabilità;
4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo;
5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).

Comune di Massa Martana Prot. n. 0008449 del 18-08-2020 Cat. 2 Cl. 1 fSC. 11