



CITTA' DI VELLETRI

*Città metropolitana di Roma
Capitale*

Capofila del Distretto RM 6.5



ASL
ROMA 6



REGIONE
LAZIO



CITTA' DI ALBANO LAZIALE

*Città metropolitana di Roma
Capitale*

Capofila del Distretto RM 6.2

SOVRAMBITO TERRITORIALE RM 6.2+ RM 6.5

Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano, Nemi, Lanuvio, Velletri e Lariano

DGR 454 del 25/07/2017

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO DOPO DI NOI

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
soggetto richiedente, nato a _____ il _____, residente
a _____ in via _____
tel. _____ indirizzo mail _____

Oppure, se impossibilitato/a

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____, residente a _____ in via _____
tel. _____ indirizzo mail _____

In qualità di:

- Genitore del soggetto richiedente
- Familiare del soggetto richiedente
- Esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richieden

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 deistituzionalizzazione;
- 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 anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale di cui alla legge 68/1999 sul collocamento mirato;
- Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare;

REQUISITI DI AMMISSIBILITA'

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'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' 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 certificazioni 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 entrambe 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 PRIORITA'

Dichiara altresì di trovarsi in 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 relazione interpersonale;
- 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:

-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;

.SI .NO

-di aver aderito alla manifestazione d'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 d'interesse della Regione Lazio, di cui alla determinazione dirigenziale n. G15084/2017 per il conferimento di un immobile da destinare alle finalità del "Dopo di noi"

.SI .NO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- documento di identità del/la richiedente e del/la beneficiario/a se non coincidenti;
- codice fiscale del/la richiedente e del/la beneficiario/a se non coincidenti;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92;

-ISEE ordinario;

Il/La sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 autorizza il 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'equipe pluri-professionale, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave.

Luogo e data _____ Firma _____