

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				
Indirizzo 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.	
	Email		

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

di poter usufruire dei seguenti interventi GESTIONALI a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare previsti nel Programma Dopo di Noi dell'Ambito Alto Sebino

- ☐ **Voucher DURANTE NOI**
 - ☐ Voucher annuale fino a € 600,00 finalizzato ad assicurare specifiche attività di sostegno al contesto familiare (genitori/caregiver/altri familiari)
- ☐ **Percorsi di accompagnamento all'autonomia**
 - ☐ Voucher annuale pro capite per promuovere percorsi di accompagnamento all'autonomia finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare o alla deistituzionalizzazione.
 - ☐ Voucher di euro 600,00 annui, ad incremento del precedente, per attività sul contesto familiare.
- ☐ **Interventi di supporto alla residenzialità presso soluzioni alloggiative:**
 - ☐ **Voucher** per Gruppo appartamento o Comunità alloggio "temporanea" con Ente gestore;
 - ☐ **Contributo** per Gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità che si autogestiscono;
 - ☐ **Buono** per persone che vivono in soluzioni di Cohousing/Housing
 - ☐ **Contributo** per ricoveri di pronto intervento/sollevio (per massimo n. 60 giorni, per sostenere il costo della retta assistenziale, commisurato al reddito familiare, non superiore all'80% del costo del ricovero)

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

Il richiedente **DICHIARA** inoltre che il destinatario degli interventi sopra richiesti:

- ☐ è residente in uno dei dieci comuni dell'Ambito Alto Sebino;
- ☐ se cittadino extracomunitario, è in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno di lunga durata CE;
- ☐ è stato riconosciuto con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità; ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge;
- ☐ ha anni compiuti ;
- ☐ risulta privo del sostegno familiare in quanto:
 - ☐ mancante di entrambi i genitori
 - ☐ i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno
 - ☐ si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
- ☐ presenta l'esigenza di abitare fuori dalla famiglia d'origine (da approfondire in sede di valutazione multidimensionale) in possesso di risorse economiche e/o con genitori in grado di garantire il loro sostegno genitoriale,

- ☐ persona già inserita in strutture residenziali per le quali emerga una necessità di rivalutazione delle condizioni abitative (percorso di deistituzionalizzazione da approfondire in sede di valutazione multidimensionale),
- ☐ Presenta una o più delle seguenti condizioni di priorità di accesso ai sostegni previsti nel Bando (*precisare*):
1. limitazioni dell'autonomia personale e necessità di sostegno;
 2. la famiglia ☐ è in grado/ ☐ non è in grado (*precisare*) di fornire sostegni in termini di assistenza/accudimento, di sollecitazione della vita di relazione e nel garantire una buona relazione interpersonale;
 3. vive in condizioni abitative ed ambientali ☐ adeguate/ ☐ inadeguate (*precisare*) (ad es. adeguati/inadeguati spazi per i componenti della famiglia, condizioni igieniche adeguate, condizioni strutturali, servizi igienici, barriere architettoniche –interne ed esterne all'alloggio, abitazione isolata, ecc);
 4. condizioni economiche della persona con disabilità e della sua famiglia: fragilità economica ☐ SI ☐ NO
- ☐ Presenta una o più delle seguenti ulteriori condizioni di priorità di accesso ai sostegni previsti nel Bando (*precisare*):
5. persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, con priorità ai disabili privi di risorse economiche reddituali e patrimoniali che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità: ☐ SI ☐ NO
 6. persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa: ☐ SI ☐ NO
 7. persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle previste dal DM (ovvero Gruppi appartamento e soluzioni di cohousing riproducenti le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e con capacità ricettiva fino a 5 p.l.): ☐ SI ☐ NO
 8. l'utente ha già in essere progettualità su fondi relativi alle precedenti annualità del Bando DOPO DI NOI pertanto ha diritto ad una garanzia di priorità relativa alla necessità di proseguire eventuali progetti innovativi di coabitazione individuali già consolidatisi come progetti di vita ☐ SI ☐ NO . In caso affermativo* indicare in quale di questi rientra:
 - ☐ progetti realizzati attraverso l'utilizzo di: risorse economiche e/o unità abitative messe a disposizione dai beneficiari degli interventi, dai loro genitori, da realtà associative locali ovvero dagli Enti Locali, in un'ottica di solidarietà familiare;
 - ☐ progetto che ha prodotto il distacco o l'emancipazione delle persone con disabilità dai contesti familiari e/o dai servizi residenziali avviando gruppi appartamento o forme di co-abitazione conformi al dettato della normativa in essere;

**In tal caso la presente istanza produce effetto di richiesta di continuità del progetto individuale da parte dell'interessato, che verrà poi integrata da relazione di monitoraggio da parte dei servizi competenti, utile per attestare la sussistenza di conformità del progetto alle finalità della Legge 112/2016 e la contestuale condizione di benessere da parte dei co-residenti. (così come previsto dalla normativa e dal bando vigenti)*

- ☐ presenta un quadro di natura clinica o disturbi del comportamento ad elevata intensità di sostegno, pertanto è consapevole che, per valutare l'ammissibilità ai sostegni, per effettuare l'eventuale successiva valutazione multidimensionale e per l'elaborazione del progetto individuale, sarà necessario effettuare puntuali e specifiche verifiche e prevedere il coinvolgimento diretto degli operatori e/o dei referenti dei servizi già impegnati a sostegno dell'interessato e l'intesa con l'Ente erogatore che prenderà in carico la persona coinvolta (come previsto dalla normativa e dal Bando vigente).
- ☐ è in possesso di certificazione ISEE SOCIO SANITARIO E ORDINARIO in corso di validità e in particolare: ISEE SOCIO SANITARIO € _____, ISEE ORDINARIO € _____
- ☐ non è beneficiario o non ha richiesto Misure/Interventi incompatibili con i sostegni richiesti (come previsto nel Bando in essere);
- ☐ si rende disponibile a presentare direttamente o tramite un suo familiare/ figura di riferimento/ rappresentante legale all'assistente sociale competente e/o all'equipe pluriprofessionale che valuterà la richiesta presentata, tutta la documentazione richiesta per poter effettuare la valutazione multidimensionale prevista, collaborare con il servizio sociale nella costruzione del progetto personalizzato e rispettare gli impegni previsti dal progetto medesimo;

- ☐ è consapevole che la non osservanza degli impegni assunti con il servizio sociale di riferimento comporterà l'immediata sospensione del sostegno riconosciuto;
- ☐ è stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti di accesso e liquidate, a seguito di avvio del progetto personalizzato, sino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- ☐ intende mettere a disposizione per se stesso, oppure la sua famiglia/ la rete associativa di cui il possibile destinatario degli interventi o la sua famiglia fa parte, intende mettere a disposizione patrimoni a favore dell'interessato e per le finalità previste dalla normativa nazionale, dalla programmazione regionale e locale nel Programma del Dopo di Noi;
- ☐ è a conoscenza che l'Ente potrà avvalersi della facoltà di sottoporre a controllo le pratiche ammesse al contributo economico, avvalendosi anche dell'ausilio della Guardia di Finanza. Qualora siano state rilevate irregolarità non sanabili nelle dichiarazioni rese, gli uffici competenti provvederanno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 a dichiarare la decadenza del soggetto dal contributo indebitamente ottenuto, provvedendo al recupero della somma erogata e all'adozione dell'ordinanza di ingiunzione per la violazione dell'articolo 316 ter c.p., nonché il diritto all'introito di tali sanzioni;

DICHARA INOLTRE

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 è accolta in Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie o sociali
- ☐ non beneficia di Pro.Vi
- ☐ non beneficia di Assegno per l'autonomia (FNA B1 e B2)
- ☐ non beneficia di Sostegni "Supporto alla Residenzialità" previsto nel Bando Dopo di Noi

- ☐ *Supporto alla residenzialità:*

1. Voucher residenzialità 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 B1 e B2 FNA: assegno per l'autonomia;
 - ☐ Non fruisce del Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
 - ☐ Non fruisce del Voucher inclusione disabili
 - ☐ Non fruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD)
 - ☐ Non fruisce del Sostegno "Voucher Accompagnamento all'autonomia" previsto nel Bando Dopo di Noi

2. 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 n. _____ seguenti persone disabili già inserite o di prossimo inserimento

- ☐ La persona beneficiaria
- ☐ Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali assunti
 - ☐ Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di Euro _____

- ☐ La persona beneficiaria
- ☐ Non fruisce del voucher inclusione disabili;
 - ☐ Non fruisce del sostegno "Accompagnamento all'Autonomia" del presente Bando;

3. 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 assunti
 - ☐ Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di Euro _____

- ☐ La persona beneficiaria
- ☐ Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili/ Voucher inclusione disabili;
 - ☐ Non fruisce del sostegno "Accompagnamento all'Autonomia" previsto nel Bando Dopo di Noi

4. Contributo per ricoveri di Pronto Intervento/sollievo

Ricovero a decorrere dal _____ al _____

Per un totale di n. _____ giorni

Costo giornaliero della retta assistenziale a carico dell'utente (come da Carta dei Servizi dell'Ente Gestore)

Euro _____ (iva inclusa)

In merito al possesso dei requisiti specifici per gli enti o associazioni erogatori degli interventi che: *(Compilare solo se il richiedente è ente o associazione)*

- ☐ Possiede comprovata esperienza nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie con particolare riferimento alle misure di sostegno ed alle esperienze organizzative realizzate ai sensi della DGR 6674/2017 e della DGR3404/2020;
- ☐ 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 (Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 - 14° aggiornamento)

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, si procederà alla sospensione/revoca del beneficio e verrà attivato l'eventuale recupero dei benefici concessi;
- ☐ di aver ricevuto copia e di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy Regolamento 679/2016/UE
- ☐ di autorizzare il comune di residenza e l'Ambito Alto Sebino al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta

Modalità di liquidazione dell'eventuale contributo/ Buono riconosciuto

Il richiedente dichiara di:

- ☐ autorizzare l'accredito del beneficio (buono/contributo) sul conto corrente bancario o postale intestato a:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ tel. _____ C.F. _____

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) _____

filiale/sede di _____

IBAN _____

Data e luogo,

Il Dichiarante

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA DOMANDA

Per tutti i richiedenti	- Fotocopia della carta di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario - Se il destinatario è cittadino extracomunitario allegare copia del carta di soggiorno o permesso di soggiorno di lunga durata CE - Certificazione di grave disabilità del beneficiario ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92 - Per le richieste presentate da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia dell'atto legale di nomina - DSU e certificazione ISEE ordinario e sociosanitario in corso di validità - Ogni altra documentazione ritenuta utile per poter svolgere la valutazione sociale prevista e per predisporre il progetto con il servizio sociale
Per i soli richiedenti il 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 il Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito	Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato (es. contratto assistente familiare o con altri soggetti)
Per i soli richiedenti il Buono residenzialità in cohousing/housing	Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato es. contratto assistente familiare o con altri soggetti)
Per i soli richiedenti il Contributo per accoglienza residenziale in situazioni di Pronto Intervento/Sollievo	Preventivo di spesa relativo all'inserimento in struttura e fattura sostenuta

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.cmlaghi.bg.it.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA S.r.l.	14243311009	Via della Conciliazione 10	00193	Roma	GHIRARDINI DANIELA