

All'Ambito distrettuale Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino
AZIENDA ISOLA
Via G. Bravi, 16
24030 Terno d'Isola (BG)
aziendaisola@propec.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO
(modello C per ENTI Locali dell'Ambito Isola bergamasca e Bassa Val San Martino)

**PER L'ASSEGNAZIONE DEI SOSTEGNI PREVISTI NEL PROGRAMMA OPERATIVO LOCALE PER LA
REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO
FAMILIARE- "DOPO DI NOI" -L-112/2016 E IN ATTUAZIONE DELLA DGR n. X/6674/2017**

Il/La sottoscritto/a SINDACO _____
nato/a il _____ a _____ ()
residente a _____ () in via _____
cell _____ mail: _____ in qualità di legale
rappresentante DEL COMUNE DI _____ (SPECIFICARE
INDIRIZZO, CODICE FISCALE E PARTITA IVA):

intende avviare i seguenti progetti per il dopo di Noi:

Rivolto alle sottoindicate persone:

Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il

Residente a In Via _____

Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il

Residente a In Via _____

Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il

Residente a In Via _____

Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il

Residente a In Via _____

Cognome e nome _____ Nato/a a _____ Il
_____ Residente a In Via _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico approvato con Determinazione del Direttore n. 28 del 23/02/2018 per l'assegnazione dei sostegni a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -**Dopo di noi**- l. n. 112/2016 e in attuazione della DGR n.6674/2017- annualità 2016 e 2017

e di poter attivare i progetti individuali, ai sensi dell'art.14 Legge 328, in riferimento alle persone sopra indicate, relativamente ad **interventi gestionali** previsti nell'avviso Dopo di Noi:

- Accompagnamento all'autonomia (percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione).
- Supporto alla residenzialità (interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative) (*specificare se trattasi di gruppo appartamento o soluzioni di housing/cohousing e dandone breve descrizione*): _____

E/O CHIEDE

e di poter attivare i progetti individuali, ai sensi dell'art.14 Legge 328:

- in riferimento alle persone sopra indicate,

Oppure in riferimento alle persone individuate da Azienda Isola a seguito dell'espletamento dell' avviso pubblico in oggetto; relativamente ad **interventi infrastrutturali** previsti nell'avviso Dopo di noi:

- Interventi di ristrutturazione dell'abitazione (*specificare*):

- Sostegno del canone di locazione
- Sostegno delle spese condominiali

Per l'alloggio sito in Via _____ Località _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

A) che la presentazione dell'idea progettualità si è svolta in coprogettazione con le seguenti modalità
(indicare esatta denominazione soggetti partner e contenuti e modalità):

B) di aver presentato, qualora si richiedano sostegni per residenzialità e/o interventi infrastrutturali,
IN DATA _____ formale domanda all'Ufficio
per l'accreditamento di Azienda Isola (U.V.O.S.), autocertificando il possesso dei seguenti requisiti
in riferimento all'alloggio sito in Via _____ Località

_____:

- capacità ricettiva pari a _____ posti letto;
- che l'alloggio possiede i requisiti minimi previsti dalle norme per le case di civile abitazione;
- che sono rispettate le misure di sicurezza e di prevenzione rischi;
- che sono garantiti i requisiti per l'accessibilità e la mobilità interna;
- segnalare, se del caso, l'utilizzo di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone disabili (es. tecnologie di tipo domotico, di connettività sociale,...):

_____;

- che gli spazi sono organizzati in maniera tale da riprodurre le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, garantendo spazi adeguati per la quotidianità e il tempo libero;
- che gli spazi sono organizzati a tutela della riservatezza: le camere da letto sono _____
(indicare se singole o doppie).

Luogo e Data _____ Firma del Legale Rappresentante _____

Allega:

- documento di identità del legale rappresentante (in copia);
- codice/i fiscale/i del beneficiario/i (in copia);
- autocertificazione/i del beneficiario/i o di chi ne ha tutela giuridica come da modello allegato (in copia);

- Idea Progettuale: Descrizione sintetica delle finalità, degli obiettivi di intervento, degli esiti attesi e dei relativi indicatori di risultato per la realizzazione di un progetto di vita che promuova l'emancipazione della persona adulta con disabilità dai genitori e l'inclusione sociale della persona con disabilità. Qualora vengano richiesti interventi infrastrutturali si allega inoltre in relazione alle singole unità immobiliari:
 - titolo di proprietà;
 - planimetria dell'abitazione;
 - preventivo di spesa degli interventi di ristrutturazione programmati e/o contratto d'affitto e preventivo spese condominiali.;
- MODULO INFORMATIVA PER CONSENSO PRIVACY e RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA MISURA DOPO DI NOI (L. 112/16)

DICHIARA INOLTRE

- Di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale, realizzata in forma integrata da parte di un'équipe composta da professionalità quali medico appartenente all'ASST e operatori sociali appartenenti all'Ambito/Comuni e di accettarne gli esiti;
- di essere a conoscenza che il sostegno è prioritariamente garantito alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare in base alla necessità di maggiore urgenza (decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. 6674 del 07/06/2017);
- di impegnarsi a condividere e sottoscrivere un progetto individualizzato per ogni beneficiario;
- di impegnarsi a compartecipare alle spese previste per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;
- di dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno ad Azienda Isola, entro dieci giorni dall'evento stesso.

Luogo e Data _____ Firma del Legale Rappresentante _____

AUTOCERTIFICAZIONE del beneficiario

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (), residente a _____ () in via _____
cell _____ mail _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesti nell'Avviso in oggetto (ovvero che il beneficiario dell'intervento è in possesso dei seguenti requisiti):

- che la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

- di avere un'età di _____, compresa tra i 18 e i 64 anni;

- di essere residente nel Comune di _____ dell'Ambito distrettuale Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino;

- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

- di essere privo del sostegno familiare in quanto (*segnare con una croce nell'apposito spazio*):

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

- di frequentare (*segnare con una croce nell'apposito spazio*) i servizi seguenti servizi diurni: Centro Socio Educativo (CSE)

Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA)

Centro Diurno Disabili (CDD)

Servizio Territoriale disabili autorizzato con sede a _____

- di beneficiare delle seguenti misure (*segnare con una croce nell'apposito spazio*)

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare

Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente

Misura Reddito di autonomia disabili

Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali(RSD;CA;CSS) specificare _____

Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Sostegni inerenti le misure "dopo di noi" specificare _____

altro (specificare) _____

- di essere disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezze e sviluppo delle proprie autonomie ovvero percorsi di accompagnamento dall'uscita dal nucleo/deistituzionalizzazione, percorsi che prevedono interventi socio educativi e socio formativi finalizzati all'autonomia.
- di essere disponibile a costruire con più persone con disabilità grave interessate ad un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione;
- di avere un **ISEE ordinario** pari a _____ e di un ISEE socio-sanitario pari a _____;

DICHIARA INOLTRE

- Di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni; -di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale, realizzata in forma integrata da parte di un'équipe composta da professionalità quali medico appartenente all'ASST e operatori sociali appartenenti all'Ambito/Comuni e di accettarne gli esiti;
- di essere a conoscenza che il sostegno è prioritariamente garantito alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare in base alla necessità di maggiore urgenza (decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. 6674 del 07/06/2017;
- di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individualizzato;
- di impegnarsi a partecipare alle spese previste per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;
- di dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno ad Azienda Isola, entro dieci giorni dall'evento stesso.
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;

Allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti (in copia);
- codice fiscale del beneficiario (in copia);
- ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (*in copia*)
- ISEE ordinario (per priorità) (*in copia*)
- Certificato di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 (*in copia*)
- Verbale invalidità civile (*in copia*)
- Schede ADL e IADL e scheda di valutazione sociale compilata e sottoscritta dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- MODULO INFORMATIVA PER CONSENSO PRIVACY e RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA MISURA DOPO DI NOI (L. 112/16)
- Altro _____

Data

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE del titolare della Protezione Giuridica

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ (), residente a _____ () in via
_____ cell _____ indirizzo mail _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **che il beneficiario**

Sig./Sig.ra _____
_____ *Cognome e Nome*

nato/a il _____ a _____ () residente a
_____ via _____ cell _____ indirizzo mail _____

è in possesso dei seguenti requisiti di accesso:

- che la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

- di avere un'età di _____, compresa tra i 18 e i 64 anni;

- di essere residente nel Comune di _____ dell'Ambito distrettuale Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino;

- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

- di essere privo del sostegno familiare in quanto (*segnare con una croce nell'apposito spazio*):

- 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

- di frequentare (*segnare con una croce nell'apposito spazio*) i servizi seguenti servizi diurni:

- Centro Socio Educativo (CSE)
- Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA)
- Centro Diurno Disabili (CDD)
- Servizio Territoriale disabili autorizzato con sede a _____

- di beneficiare delle seguenti misure (*segnare con una croce nell'apposito spazio*)

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare
- Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Misura Reddito di autonomia disabili
- Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali(RSD;CA;CSS) specificare _____
- Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Sostegni inerenti le misure "dopo di noi" specificare _____
- altro (specificare) _____

- di essere disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezza e sviluppo delle proprie autonomie ovvero percorsi di accompagnamento dall'uscita dal nucleo/deistituzionalizzazione, percorsi che prevedono interventi socio educativi e socio formativi finalizzati all'autonomia.
- di essere disponibile:
 - a costruire con più persone con disabilità grave interessate ad un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione;
 - a mettere a disposizione un proprio bene immobile o a condividere la fruizione di bene immobile ai fini della realizzazione un progetto di vita dopo di NOI
- di avere un **ISEE ordinario** pari a _____ e di un ISEE socio-sanitario pari a _____;

DICHIARA INOLTRE

- Di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale, realizzata in forma integrata da parte di un'équipe composta da professionalità quali medico appartenenti all'ASST e operatori sociali appartenenti all'Ambito/Comuni e di accettarne gli esiti;
- di essere a conoscenza che il sostegno è prioritariamente garantito alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare in base alla necessità di maggiore urgenza (decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. 6674 del 07/06/2017;
- di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individualizzato;
- di impegnarsi a compartecipare alle spese previste per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;
- di dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno ad Azienda Isola, entro dieci giorni dall'evento stesso.
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;

Allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti (in copia);
- codice fiscale del beneficiario (in copia);
- ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (*in copia*)
- ISEE ordinario (per priorità) (*in copia*)
- Certificato di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 (*in copia*)
- Verbale invalidità civile (*in copia*)
- Schede ADL e IADL e scheda di valutazione sociale compilata e sottoscritta dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- MODULO INFORMATIVA PER CONSENSO PRIVACY e RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER L'ACCESSO ALLA MISURA DOPO DI NOI (L. 112/16)
- Altro _____

Data

Firma
