



Carfizzi



Casabona



Cirò



Cirò Marina



Cruoli



Melissa



Pallagorio



S. Nicola
dell'Alto



Strongoli



Umbriatico



Verzino

Comune capofila Cirò Marina

Programma operativo Regionale "Dopo di noi"
D.G.R. 296 del 30.6.2017

MODELLO DI DOMANDA

All'Ufficio di Piano
Capofila-ATS di Cirò Marina
Pec: comune.ciomarina@asmepec.it

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Provincia _____ Via _____ n. _____

Email _____ tel. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio (se diverso da residenza) _____ CAP _____

Provincia _____ Via _____ n. _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di

FAMILIARE - Grado di parentela: _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

Del sig. (nome e cognome) _____

Nato a _____ il _____

Sesso M/ F - Residente a _____ CAP _____

Provincia _____ Via _____ n. _____

Email _____ tel. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio (se diverso da residenza) _____ CAP _____

Provincia _____ Via _____ n. _____

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO PERSONALIZZATO

PER LE SEGUENTI TIPOLOGIE DI INTERVENTI

(barrare la condizione che interessa la persona):

- Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione;
- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che riproducano un ambiente abitativo di tipo familiare;
- Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile e in tal contesto tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
- In via residuale interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare;

REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ

(barrare la condizione che interessa la persona):

Consapevole delle sanzioni penali previste all'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'Avvisopubblico 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 superiore ai 18 anni o di essere in procinto del compimento della maggiore età;
- Di essere in possesso di certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
- Di essere residente nel Comune di _____

DICHIARA DI TROVARSI INOLTRE IN UNA DELLE SEGUENTI SITUAZIONI

(barrare la condizione che interessa la persona):

- Persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori;
- Persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse in particolare all'età ovvero alla propria situazione personale di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno necessario a una vita dignitosa;
- Persona con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane

da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

CONDIZIONI DI PRIORITÀ:

Dichiara altresì di trovarsi in una condizione di *ulteriore priorità* caratterizzata dalla *maggiore urgenza*, valutata in rapporto a

(barrare la condizione che interessa la persona):

- 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;
- 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

(barrare la condizione che interessa la persona):

- Di essere disponibile a convivere con più persone con disabilità grave, la cui individuazione è successiva alla valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale che terrà conto delle eventuali e pregresse esperienze di semi autonomia, al fine di favorire una migliore inclusione sociale della persona interessata;
- Di essere fruitore dei servizi erogati dalla seguente Associazione di famiglie di persone con disabilità: _____

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano territorialmente competente e a Regione Calabria.

L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____