

## **DISTRETTO N. 12 - VALLE SABBIA**

### **Misura Regionale "Dopo Di Noi" DGR 6674/2017 – Avviso di Novembre 2018**

#### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DOPO DI NOI (modello A per persone fisiche)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di soggetto destinatario  
del beneficio nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, il/la  
sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Chiedo di poter attivare un progetto individuale relativo ad interventi gestionali previsti nel Dopo di  
Noi annualità:

- 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).

*Segnalo l'eventuale disponibilità:*

- ad accogliere altre persone con disabilità grave in un appartamento di mia proprietà da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi.
- a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione

## **DISTRETTO N. 12 - VALLE SABBIA**

- Ricoveri di sollievo (interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare)

Chiedo di poter attivare un progetto individuale relativo ad interventi infrastrutturali previsti nel Dopo di noi annualità Bando di Novembre 2018:

- Interventi di ristrutturazione dell'abitazione. La persona si rende pertanto disponibile a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso l'abitazione di proprietà sottoposta a ristrutturazione da destinare ad alloggio per il dopo di noi
- Sostegno del canone di locazione
- Sostegno delle spese condominiali

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- età compresa tra i 18 e i 64 anni
- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92
- di non usufruire di altre misure, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto.

Dichiara altresì di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- 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 di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario:
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'articolo 3, comma 4 DM 23/11/2016.

**DISTRETTO N. 12 - VALLE SABBIA**

Si allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- codice fiscale del beneficiario
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92
- ISEE socio sanitario

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST e del Comune di residenza.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_