

# CITTÀ DI ACRI

SETTORE SERVIZI SOCIALI

UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO SOCIO-ASSISTENZIALE DI ACRI

(Acri – Santa Sofia D'Epiro)

**ALLEGATO B**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI PER IL "DOPO DI NOI" RIVOLTO A PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE O IN PROGRESSIVA PERDITA DEL SOSTEGNO FAMILIARE (LEGGE 22 GIUGNO 2016, N. 112)**

**AL COMUNE DI \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di soggetto  
destinatario del beneficio, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ pec  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Oppure, se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_ e-mail  
\_\_\_\_\_ in qualità di rappresentante/curatore  
degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, sig./sig.ra  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_

visto l'Avviso Pubblico approvato con Determinazione Responsabile Settore n. 29/9 del 22/02/2023, e consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di esclusione

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" per persone con disabilità grave prive o in progressiva perdita del sostegno familiare.

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione rese, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

## DICHIARA

(Barrare le caselle che interessano)

di essere in possesso dei seguenti requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato aderente all'Unione Europea in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno;
- di essere cittadino di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_, appartenente al Distretto socio-assistenziale di Acri;
- di versare in condizioni di grave disabilità, certificata ai sensi dell'art. 3 co. 3 della legge 104/1992, per la seguente patologia, non determinata dal naturale invecchiamento o da malattie connesse alla senilità:

---

---

---

## DICHIARA

altresì, di essere in una delle seguenti condizioni:

- persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali (certificate dall'ISEE ristretto), beneficiaria/non beneficiaria di trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- 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 ad una vita dignitosa;

di vivere da solo

ovvero

convivere con nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome Nome	Luogo e Data di nascita	Grado di parentela	Attività	Eventuale incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute

di fruire ovvero aver fruito dei seguenti servizi ed interventi sociali e/ sanitari (*specificare tipologia e periodo di fruizione*):

---

---

---

---

che le azioni progettuali di interesse, in linea con le attività finanziabili descritte all'art. 6 dell'Avviso pubblico, sono (*barrare la/le caselle che interessano*):

- frequenza in strutture a carattere diurno per lo svolgimento di attività riabilitative e miranti al recupero/mantenimento delle abilità residue (attività laboratoriali presso centri diurni, pet therapy, percorsi di sostegno psico-educativo rivolto ai caregivers per l'acquisizione delle competenze e degli strumenti utili alla gestione del disabile, attività riabilitative a carattere fisioterapico ecc...);
- realizzazione di interventi socio-educativi di accrescimento della consapevolezza con formazione dei familiari, ove possibile, miranti all'incremento delle abilità residue per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana;
  
- assegno di cura e contributo aggiuntivo per la regolarizzazione e qualificazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari con regolare contratto;
- permanenza voucher spendibile presso Cooperative/Associazioni del territorio che forniscano servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e/o socio – educativa;
- eventuali ulteriori contributi economici di carattere non continuativo funzionali alla realizzazione del progetto di vita e di cura.
  
- permanenza temporanea in Strutture residenziali, Casa famiglia, Gruppo appartamento, soluzioni di Cohousing/Housing, che non vadano a pregiudicare, a lungo termine, la permanenza della persona con disabilità grave nel suo contesto di vita. Il finanziamento è riferito ai soli oneri a rilievo sociale.
  
- Sostegno per ristrutturazione, miglioramento dell'accessibilità (eliminazione barriere architettoniche), adeguamenti per la fruibilità dell'ambiente domestico (domotica ossia la gestione coordinata, integrata e computerizzata degli impianti tecnologici), per la messa a norma degli impianti;
- Sostegno spese di locazione/spese condominiali qualora il beneficiario sia privo di genitori e sprovvisto di risorse economiche, reddituali e patrimoniali sufficienti.

Altro  
(specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RAPPRESENTA

infine, quanto segue:

1. Breve descrizione della situazione individuale e familiare attuale rispetto al contesto di vita

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Breve illustrazione degli obiettivi di vita autonoma, compatibili con la propria condizione di disabilità, e delle prospettive di graduale emancipazione dal nucleo familiare

---

---

---

---

---

3. Indicazione dei servizi e delle prestazioni richieste a proprio supporto

---

---

---

---

---

---

Allega alla presente:

- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- dichiarazione sostitutiva unica DSU e attestazione ISEE, in corso di validità;
- certificato di handicap grave ai sensi dell'art. 3 co. 3 della legge 104/1992;
- nei casi di persone disabili rappresentate da terzi, copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile;
- eventuale documentazione comprovante l'impossibilità dei familiari conviventi di garantire al richiedente supporto e/o assistenza;
- copia del permesso o della carta di soggiorno (solo per i richiedenti extracomunitari);
- altro \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- di avere preso visione dell'Avviso pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" per persone con disabilità grave prive o in progressiva perdita del sostegno familiare;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_