

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DOPO DI NOI

**All'ECAD Comunità Montana Montagna Marsicana ADS n. 2 Marsica
Via Monte Velino ,61
67051 AVEZZANO (AQ)**

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la realizzazione di interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare "DOPO DI NOI" – L. n.112/2016 e Delibere di Giunta Regionale n. 375 e n. 614/2017 Annualità 2016-2017-

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario

del beneficio nato/a a _____ il _____

residente _____ in Via _____ n _____

CF: _____ Tel _____

e- mail: _____

Oppure se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente _____ in Via _____ n _____

CF: _____ Tel _____

e- mail: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, ovvero

1. familiare
2. amministratore di sostegno
3. tutore

Per conto e a favore del/la sig./sig.ra :

nato/a a _____ il _____

residente _____ in Via _____ n _____

CF: _____ Tel _____

e- mail: _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la realizzazione di interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare "DOPO DI NOI" – L. 112/2016, Delibere di Giunta Regionale n. 375 e n. 614/2017 – Annualità 2016-2017.

Allo scopo

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni applicabili in caso di dichiarazioni mendaci, di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesta 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;

4. di avere un'età pari o superiore ai 18 anni e inferiore ai 65 anni;

ovvero

- *di trovarsi nella condizione di cui all'art. 4 comma 5 del Decreto Ministeriale emanato il 23/11/2016, ai sensi del quale anche se gli interventi di cui allo stesso Decreto sono rivolti alle persone la cui disabilità non sia determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, è assicurata continuità negli interventi e servizi erogati, indipendentemente dal raggiungimento di qualsivoglia limite d'età;*
5. di essere residente in uno dei comuni dell'Ambito Sociale Distrettuale n. 2 Marsica;
 6. di essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
 7. di beneficiare delle seguenti misure (segnare con una croce nell'apposito spazio)
 - Servizio di Assistenza Domiciliare
 - Assistenza Domiciliare Integrata
 - Centro diurno disabili
 - Progetto Vita indipendente
 - Sostegni inerenti le misure "Dopo di noi" specificare _____
 - altro (specificare) _____

ovvero

di non beneficiare di nessuna misura di sostegno.
 8. che il proprio nucleo familiare all'atto della presentazione della domanda è così composto:

Cognome e Nome	Parentela	Età	Condizione medica attuale

- che il valore dell'ISEE del nucleo familiare di appartenenza (ISEE ordinario) è pari a € _____;

- di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
 9. persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori;
 10. 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;
 11. 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.

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione dell'Avviso in oggetto e di accertarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale, condotta dall' UVM della ASL- Avezzano/Sulmona/L'Aquila operante presso il Distretto Sanitario; a seguito della predisposizione dei progetti personalizzati verrà redatta apposita graduatoria che sarà trasmessa alla Regione Abruzzo;
- di fornire all'Ambito S.D. n. 2 Marsica (Servizi Sociali Fax 0863/070567) ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso, del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno, entro dieci giorni dall'evento stesso.
- di essere a conoscenza che l'Ambito S.D. n. 2 Marsica con sede ad Avezzano ai sensi 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;
- che ogni comunicazione inerente l'Avviso in oggetto gli/le venga recapitata all'indirizzo sotto riportato, impegnandosi a comunicare ogni variazione dello stesso e sollevando l'amministrazione da ogni responsabilità, in caso di irreperibilità del destinatario:

Sig./Sig.ra _____ Residente in Via/Piazza
 _____ città _____ prov. _____ CAP _____

CF: _____ Comune di _____ Tel/Cell

1. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la firma del presente documento il sottoscritto dichiara altresì che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE.2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al

trattamento dei dati personali e sensibili nonché alla libera circolazione di dati, di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta dell'Avviso pubblico e di essere consapevole che i dati personali, anche sensibili, raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per l'espletamento della pratica e di essere stato informato circa i diritti di cui agli artt. da 15 a 23 del Regolamento UE.2016/679.

Il sottoscritto dichiara di acconsentire volutamente ed espressamente al trattamento dei dati innanzi riportati per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa contenuta nell'Avviso.

Si impegna inoltre, ad adempiere agli obblighi di informativa e di consenso, ove, necessario, nei confronti delle altre persone fisiche (interessati) di cui sono forniti dati personali per consentire il trattamento dei loro dati da parte dell'Ambito, per le finalità descritte nell'informativa.

Si allegano in copia alla presente domanda:

1. Certificato L.104 art. 3 comma 3
2. Documento di identità del richiedente
3. ISEE ordinario del nucleo familiare anagrafico e del beneficiario se non coincidente
4. Dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 dei requisiti di cui alla lettera c) punto 3 dell'art. 1 dell'Avviso con relativa documentazione a supporto.
5. Altra documentazione che si ritiene utile allegare

Luogo e data

Firma
