



**CITTÀ DI
ASSISI**
SERAPHICA CIVITAS



Allegato 1B

**Richiesta di accesso ai servizi/interventi a valere sull'avviso pubblico di selezione
per la realizzazione di progetti personalizzati per l'assistenza alle persone con
disabilità grave prive del sostegno familiare. Residui Fondi 2019-2020**

Legge n. 112/2016. Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____ a _____	Prov. _____ residente in _____
Comune afferente la Zona Sociale n. 3 Via / P.zza _____	n.° _____
CAP _____	email _____ PEC _____
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
tel. _____	cell. _____
(Compilare la domiciliazione solo se diversa da residenza) Domiciliato a _____	
Via / P.zza _____	n.° _____ CAP _____
Stato civile ¹ _____	
Cittadinanza ² :	
☐ cittadino italiano;	
☐ cittadino comunitario;	
☐ familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto	
☐ di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;	
☐ cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;	
☐ titolare di status di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) _____;	
☐ titolare di status di protezione sussidiaria _____;	

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente

² Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

(da compilare solo se necessario)

Cognome _____	Nome _____
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore ecc.) di _____	
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
e residente in _____ Comune afferente la Zona sociale n. _____ Via /	
P.zza _____	n.° _____
CAP _____	tel. _____ cell. _____
email _____	PEC _____
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):	

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDE

di accedere o (da compilare solo se necessario) in qualità di legale rappresentante di far accedere Nome _____ Cognome _____, agli interventi a valere sull'avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personalizzati per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare si cui alla Legge n. 112/2016 istitutiva del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.

Nello specifico **DI POTER ACCEDERE AI/A SEGUENTE/I SERVIZIO/I – INTERVENTO/I**

☐ Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, che riproducano soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare. Nello specifico si fa riferimento a:
☒ sperimentazione di cicli di weekend fuori casa o struttura residenziale finalizzati ad accrescere la propria autonomia/potenzialità (afferenti alla sfera relazionale, interpersonale e domestica);
☒ periodi di 2-3 mesi oppure 5-6 mesi (a titolo esemplificativo) fuori dal proprio nucleo familiare (o struttura residenziale), tesi a sperimentare e/o consolidare le proprie autonomie e la propria indipendenza dal nucleo di origine, adeguatamente supportati da personale qualificato (educatori professionali, eventuale personale socio-sanitario, case manager);
Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

/-----/

☐

Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative. Le soluzioni alloggiative vanno individuate nel progetto personalizzato e devono presentare le caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 4, del decreto 23.11.2016 e richiamate all'art. 9 del presente avviso. Non sono ammissibili a finanziamento spese relative all'acquisto di immobili.

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

☐ **Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative.** Le soluzioni alloggiative vanno individuate nel progetto personalizzato e devono presentare le caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 4, del decreto 23.11.2016 e richiamate all'art. 9 del presente avviso. Non sono ammissibili a finanziamento spese relative all'acquisto di immobili.

A tale fine **DICHIARA**

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ____/____/____ da _____ con verbale n. _____.

- ☐ Fisica;
- ☐ Psichica;
- ☐ Sensoriale;

- ☐ Stabilizzata;
- ☐ Progressiva;

Specificare inoltre:

SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE socio-sanitario del valore di: € _____

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

	Cognome	Nome	Relazione	Luogo nascita	Data nascita	Attività/Lavoro
I						
II						
III						
IV						

BREVE DESCRIZIONE dei sostegni che la famiglia è in grado di fornire, in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione e di garanzia di buone relazioni interpersonali:

CONDIZIONE ABITATIVA ED AMBIENTALE

BREVE DESCRIZIONE della condizione abitativa e ambientale attuale:

(a titolo esemplificativo: spazi adeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche adeguate, condizioni strutturali adeguate, servizi igienici adeguati, barriere architettoniche, interne ed esterne all'alloggio, abitazione isolata, ecc), nonché, per le persone con disabilità grave già inserite in un percorso di residenzialità extra-familiare, delle caratteristiche di tali residenze di cui all'art. 3, comma 3 del decreto 23.11.2016 a maggior ragione quanto tale soluzione costituisca barriera all'inclusione della persona con disabilità grave, facilitandone l'isolamento)

DICHIARA

di voler realizzare il seguente progetto personale:

Obiettivi di vita che si intendono perseguire connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo) e indicazione in mesi (massimo 12) della durata del progetto:

Condizione attuale (Specificare brevemente):

Necessità della persona (Specificare brevemente):

Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto personale di co-housing:

Stato _____ Città _____ Via/P.zza _____

vani n. _____ Breve descrizione _____

☐ di proprietà³;

☐ in uso gratuito;

☐ usufrutto;

☐ in affitto con contratto canone previsto nel contratto € _____

☐ Altro, specificare _____

Presenza servizi igienici adeguati ☐ SI ☐ NO

Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi ☐ SI ☐ NO

Presenza di barriere ☐ SI ☐ NO

Se SI, specificare:

Esterne _____

Interne _____

Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto ☐ SI ☐ NO

³ nel caso che l'unità immobiliare messa a disposizione, il beneficiario sia titolare del diritto reale solo per una quota percentuale, deve essere fornita la documentazione della messa a disposizione della medesima unità immobiliare da parte dei comproprietari almeno per la durata del progetto personalizzato.

Se	NO,	specificare	quali	sono	le	principali	problematiche
☐		Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____					

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune Assisi, capofila della Zona Sociale n. 3, in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di Assisi, capofila della Zona Sociale n. 3, in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto. 7, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati 3 nel caso che l'unità immobiliare messa a disposizione, il beneficiario sia titolare del diritto reale solo per una quota percentuale, deve essere fornita la documentazione della messa a disposizione della medesima unità immobiliare da parte dei comproprietari almeno per la durata del progetto personalizzato.

Allegati:

- ☐ copia del documento di identità della persona con disabilità;
- ☐ copia del permesso di soggiorno o del cedolino;
- ☐ copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata);
- ☐ copia certificazione ISEE in corso di validità;
- ☐ copia attestazione di handicap legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- ☐ altri documenti ritenuti utili alla richiesta _____

Data, _____ Firma _____

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del
 Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____
 Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso) _____