



SOVRAMBITO LT5 + LT4
Comune Capofila Gaeta
Provincia di Latina



"ALLEGATO 1"

AMBITO TERRITORIALE LT5 + LT/4

Distretto Socio Sanitario LT5 - Comuni di: Castelforte, Formia, Gaeta, Itri, Minturno, Ponza, Santi Cosma e Damiano, Spigno Saturnia e Ventotene.

Distretto Socio Sanitario LT4 - Comuni di: Campodimele, Fondi, Lenola, Monte San Biagio, San Felice Circeo, Sperlonga e Terracina.

(Legge n. 112 del 22 giugno 2016 - Deliberazione della Giunta Regionale n. 554 del 5 AGOSTO 2021)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO "DOPO DI NOI"

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto richiedente, nato a _____ il _____, residente a _____ (____) in via _____ Tel. _____ indirizzo email _____

Oppure, se impossibilitato/a

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____, residente a _____ (____) in via _____ Tel. _____ indirizzo email _____

In qualità di:

- Genitore del soggetto richiedente;
- Familiare del soggetto richiedente;
- Esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto

richiedente.

Chiede l'attivazione di un progetto personalizzato

TIPOLOGIE DI SOSTEGNO

- Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione;
- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative;
- Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale di cui alla Legge 68/1999 sul collocamento mirato;
- Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare.

REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ

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'Avviso pubblico "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 compresa tra i 18 e i 64 anni;
- Di essere in possesso di certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge 104/1992;
- Di essere residente nel territorio del Comune di _____

Dichiara di trovarsi inoltre in una delle seguenti situazioni:

- 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 garantire l'adeguato sostegno genitoriale, ivi compresa la prospettiva del venir meno del

supporto familiare;

- Persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale 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:

- 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 per garantire una buona relazione interpersonale;
- 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:

- di essere disponibile a convivere con più persone con disabilità grave, la cui individuazione è successiva alla valutazione effettuata dalle Unità di Valutazione Multidimensionali e terrà conto delle eventuali e pregresse esperienze di semi autonomia, al fine di favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito;
- di aver aderito alla manifestazione d'interesse della Regione Lazio, di cui alla determinazione dirigenziale n. G15084/2017 per il conferimento di un immobile da destinare alle finalità del "Dopo di Noi" SI NO
- di essere fruitore dei servizi erogati dalla seguente Associazione di famiglie di persone con disabilità ;
- che la predetta Associazione di famiglie di persone con disabilità ha aderito alla

manifestazione d'interesse della Regione Lazio, di cui alla determinazione dirigenziale n. G15084/2017 per il conferimento di un immobile da destinare alle finalità del "Dopo di Noi" SI NO

- di essere a conoscenza che per l' annualità 2023/2024 si entrerà a far parte di una lista di attesa del sovrambito LT/5 e LT/4.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- permesso o carta di soggiorno in corso di validità, se cittadino extracomunitario;
- codice fiscale o tessera sanitaria del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge 104/1992;
- decreto di nomina di tutela, curatela o amministrazione di sostegno, se in possesso;
- attestazione ISEE ordinario in corso di validità, riferita al nucleo familiare in cui è presente il beneficiario.

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e s.m.i., autorizza il trattamento dei dati personali.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che l'accesso ai diversi sostegni è subordinato alla definizione di un **progetto personalizzato** che sarà adottato, in seguito alla valutazione multidimensionale, da un'equipe pluri-professionale, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave.

Luogo e data _____

Firma
