

*Interventi per il Dopo Di Noi*

**MODELLO DI DOMANDA**

Al Servizio 'Piano d'Ambito e  
Programmazione Sociale'  
ECAD n. 16

Il/La                    Sottoscritto/a                    \_\_\_\_\_ nato                    a  
\_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e                    residente                    a                    \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Interessato;
- Tutore
- Amministratore di Sostegno
- Familiare

Del/della                    Sig./Sig.ra                    \_\_\_\_\_ nato                    a  
\_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e                    residente                    a                    \_\_\_\_\_ in                    via  
\_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" diretti a persone con disabilità grave priva del sostegno familiare, in attuazione di quanto previsto dalla Legge 22 giugno 2016, n.112 e dai Decreti Ministeriali del Lavoro e delle Politiche Sociali del 23 novembre 2016 e del 21 giugno 2017;

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 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 ed in particolare, che:

- ✓ la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- ✓ di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'articolo 4 della medesima legge;

- ✓ di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ ricompreso nell'Ambito Distrettuale Sociale n. \_\_\_\_\_;
- ✓ di avere un'età superiore a 18 anni.

**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, 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;
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;
- persona beneficiaria, dal 2010 in poi, di una delle progettualità residenziali 'Dopo di Noi' previste nella DGR Abruzzo n.934/2010 .

**Breve descrizione delle caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale, familiare e abitativa**

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE E RETE DI SUPPORTO			
Nominativo	Grado di parentela	Età	Disabilità

**Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto**

- Studente
- Disoccupato/a
- Altro \_\_\_\_\_
- Lavoratore / trice
- Pensionato / a

**Attuale situazione abitativa del titolare del progetto**

- in strutture residenziali di cui all'Art.4, c. 3, lettera c) del D.M. 2016
- da solo
- in famiglia

Usufruisce dei seguenti servizi					
Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore sett.
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare					
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica					
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata					
<input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona					
<input type="checkbox"/> Assegno di cura					
<input type="checkbox"/> Trasporto					
<input type="checkbox"/> Buoni servizio					
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza / volontariato					
<input type="checkbox"/> Centro diurno					
<input type="checkbox"/> Inserimento lavorativo e/o formativo					
<input type="checkbox"/> Servizio socio - assistenziale - educativo scolastico					
<input type="checkbox"/> Telesoccorso / Teleassistenza					
<input type="checkbox"/> Assegno disabilità gravissima					
<input type="checkbox"/> Altro .....					

Legenda: Pub = pubblico; Pri = privato; Con = continuativo; Tem = temporaneo

**Altro:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Indicazione del tipo di intervento richiesto:**

Accompagnamento uscita l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione anche prevedendo interventi di coinvolgimento delle strutture alloggiative già esistenti e autorizzate ai sensi della D.G.R. n.1230/2001;

Soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare;

Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che presentino 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, ai sensi dell'articolo 4 della legge n.112 del 2016 e dell'articolo 3 comma 4 del Decreto attuativo del MLPS del 23.11.2016.

In riferimento al co-housing indicare:

a. l'ubicazione dell'alloggio di riferimento per il co-housing, se di proprietà, in affitto o altro:

---



---

b. nominativi delle persone in co-housing:

1. 

---

2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Indicare gli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso l'intervento richiesto:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Eventuale indicazione di n. 2 preferenze del luogo ove si prevede di realizzare il progetto 'Dopo di Noi'. Tale luogo potrà essere scelto, confermato e/o sostituito, qualora l'istante risulti beneficiario, anche in sede di redazione del progetto personalizzato da parte dell'Equipe multi professionale (ECAD e UVM). A tal fine si potrà far ricorso anche all'elenco redatto dagli ECAD a seguito di apposito avviso di manifestazione d'interesse.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**Case manager**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali da parte nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e della vigente normativa nazionale in materia.

Si allega:

- documento di identità del richiedente e/o del beneficiario;
- certificazione attestante Invalidità civile o handicap dell'istante
- certificazione di disabilità grave dell'istante, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92;
- certificazione di disabilità del/dei genitore/i ai sensi della Legge 104/92;
- certificato dell'ISEE ordinario;
- copia o autocertificazione stato di famiglia;
- nei casi di persone rappresentati da terzi, copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittima l'istante a rappresentare la persona disabile;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- attestazione di inserimento della struttura residenziali di cui all'Art.4, c. 3, lettera c) del D.M. 2016

altro

---

---

Data e Luogo \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

*Firma del Richiedente o del genitore se delegato  
o di chi ne garantisce la tutela legale (tutore/curatore/amministratore di sostegno)*

---

