

COMUNI DELL'AMBITO N. 8

*Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto,
Longhena, Macclodio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano,
Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiara*

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DOPO DI NOI (modello A per persone fisiche)

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario
del beneficio nato/a a _____ il
_____ il
residente a _____ in Via
_____ n. _____ Tel _____
e-mail: _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____
Tel. _____
e-mail: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, il/la
sig./sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____

CHIEDO

1. di poter attivare un progetto individuale relativo ad interventi gestionali previsti nel Dopo di Noi:
 Accompagnamento all'autonomia (percorsi di accompagnamento all'autonomia per

*UFFICIO TECNICO DI PIANO
Via Arnaldo da Brescia, 2 - cap. 25034 Orzinuovi (BS)
(c/o Comunità della Pianura Bresciana - Fondazione di Partecipazione)
Tel. 030 9942005 - Fax 030 941393
E-Mail segreteria@fondazionebbo.it*

l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione).

- Supporto alla residenzialità (interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative).

Segnalo l'eventuale disponibilità:

- ad accogliere altre persone con disabilità grave in un appartamento di mia proprietà da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi.
- a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione
- Ricoveri di sollievo (interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare)

2. di poter attivare un progetto individuale relativo ad interventi infrastrutturali previsti nel Dopo di noi:

- Interventi di ristrutturazione dell'abitazione. La persona si rende pertanto disponibile a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso l'abitazione di proprietà sottoposta a ristrutturazione da destinare ad alloggio per il dopo di noi
- Sostegno del canone di locazione
- Sostegno delle spese condominiali

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 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 a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- età compresa tra i 18 e i 64 anni
- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92
- di non usufruire di altre misure, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto.

Dichiara altresì di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- 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 continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario:
- 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.

Si allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92
- ISEE ordinario per la valutazione della priorità di accesso
- ISEE socio-sanitario ai fini della retta assistenziale
- copia coordinate IBAN per i contributi alla persona e gli interventi infrastrutturali.

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST e del Comune di residenza.

Luogo e data

Firma
