



**Allegato n. 1**

**Al Comune di \_\_\_\_\_**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO PUBBLICO “DOPO DI NOI” AMBITO SOVRADISTRETTUALE (6.4. ARDEA POMEZIA – 6.6 ANZIO NETTUNO) COMUNE CAPOFILA NETTUNO.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di soggetto  
richiedente, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

Oppure, se impossibilitato/a

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
indirizzo mail \_\_\_\_\_

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 per le seguenti TIPOLOGIE DI INTERVENTO (Contrassegnare UNA preferenza):**

- 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 verbale di riconoscimento di disabilità grave ai sensi della legge 104/1992, art. 3, comma 3;

- di essere residente nel territorio del Comune di .....

Dichiara di trovarsi inoltre in una delle seguenti condizione (contrassegnare se in possesso):

- 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 *maggior urgenza*, valutata in rapporto a (contrassegnare se in possesso):

- con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- 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 garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'art. 3, comma 4.

Dichiara, altresì (contrassegnare se in possesso):

- 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 G 15084/2017 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

### **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE**

- documento di identità del/la richiedente e del/la beneficiario/a se non coincidenti;
- codice fiscale del/la beneficiario/a;
- verbale di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92;
- ISEE sociosanitario del beneficiario, con possibilità di presentare ISEE ristretto.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, del DGPR (Regolamento UE 2016/679) in ottemperanza al D.Lgs.101 del 10/08/2018 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'équipe pluri-professionale multiprofessionale, che garantirà la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_