



Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito e Crispano
ASL NA2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45



*Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi"
per persone con disabilità senza il necessario supporto familiare
(Legge 22 giugno 2016, n. 112).*

MODULO DI DOMANDA

All'Ambito Territoriale N19
Protocollo Generale del Comune di Afragola - Capofila
Piazza Municipio, 1 - 80021 Afragola (NA)

- consegna a mano
- raccomandata a/r
- PEC: settorequalitaevivibilita@pec.comune.afragola.na.it

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di soggetto destinatario del beneficio,
nato/a a _____ il ___/___/_____, residente in _____
alla via _____

Oppure, se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____
il ___/___/_____, residente in _____ alla via _____
in qualità di rappresentante/curatore degli interessi del soggetto destinatario del beneficio,
sig./sig.ra _____
nato/a a _____ il ___/___/_____, residente in _____
alla via _____

visto l'Avviso Pubblico approvato con Decreto Dirigenziale del Direttore Generale della Direzione Politiche Sociali e Sociosanitarie del 12/01/2018, n. 2, e consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di esclusione

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" per persone con disabilità senza il necessario supporto familiare.

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, o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;
- di essere residente in Campania;

Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito e Crispano
ASL NA2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

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 (certificate dall'ISEE ristretto), che non siano i 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.

- Breve descrizione delle caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale e familiare.

- Indicazione del Soggetto con cui si è condivisa la predisposizione del progetto* **(vedi nota in calce)**:

Associazione di Volontariato/Promozione Sociale/Cooperativa Sociale impegnata nel settore della disabilità con cui si è condivisa la predisposizione del progetto nome/sede legale e operativa iscrizione al Registro Regionale n. e data

- Breve illustrazione del progetto di vita autonoma, degli obiettivi con l'indicazione dei servizi e delle prestazioni richieste a supporto

Ambito Territoriale N 19

Comuni di Afragola, Caivano, Cardito e Crispano
ASL NA2 Nord Distretti Sanitari 44 e 45

- Indicazione del case manager (**NON COMPILARE**)

Il/la sottoscritto/a, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del regolamento regionale attuativo n. 2/2006 e s.m.i., autorizza il trattamento dei dati personali da parte degli uffici regionali e dell'Ambito Territoriale C02 per le finalità previste.

Si allega:

- progetto corredato dal quadro finanziario (**ATTENZIONE:** il progetto presentato va inteso come una bozza da cui partire. La versione definitiva sarà co-progettata dall'Ambito con la persona con disabilità, e anche dal Distretto Sanitario in caso di esigenze socio-sanitarie);
- copia documento di riconoscimento, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative, del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- certificazione medica attestante che la disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92, oppure di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 18/1980;
- ISEE nucleo ristretto 2018;
- titolo di proprietà o contratto di locazione dell'abitazione (**ATTENZIONE: non è necessario presentare tale documento nel caso in cui il progetto non preveda servizi/interventi legati a un alloggio, sia esso temporaneo o no.**)

Data _____

Firma del Richiedente il beneficio

* Ai sensi di quanto chiarito dalla Regione Campania con nota prot. n. 99142 del 13/02/2018, non è obbligatorio condividere il progetto con un soggetto del Terzo Settore. Tuttavia le organizzazioni del Terzo Settore possono svolgere un ruolo importante nella promozione e diffusione delle conoscenze relative alle tematiche del "Dopo di Noi" e hanno titolo ad essere coinvolte nella programmazione degli interventi in tutte le loro fasi. In caso di mancata condivisione del progetto con un'organizzazione del Terzo Settore, pertanto, la relativa sezione non va compilata.