

**MODULO PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AGLI INTERVENTI A FAVORE DI  
PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DI SOSTEGNO FAMILIARE  
PROGRAMMA DOPO DI NOI AMBITO ALTO SEBINO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

Spazio riservato al protocollo

**IN QUALITÀ DI**

- diretto interessato       Tutore / curatore / amministratore di sostegno  
 caregiver (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario) \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

di poter usufruire dei seguenti interventi a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare previsti nel Programma Dopo di Noi dell'Ambito Alto Sebino

**INTERVENTI GESTIONALI**

- Voucher annuale per percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione  
 Sostegno alla residenzialità nelle forme di gruppi appartamento o soluzioni cohousing/ housing  
     Voucher residenzialità mediante Ente Gestore  
     Contributo mensile a sostegno della residenzialità autogestita da persone con disabilità che  condividono un appartamento ed i costi per l'assistenza  
     Buono mensile a sostegno della residenzialità autogestita di persone che vivono in alloggi di cohousing/housing  
 sostegno per Pronto Intervento di situazioni in emergenza

**INTERVENTI INFRASTRUTTURALI**

- Contributo a sostegno di interventi di ristrutturazione dell'abitazione: eliminazione barriere architettoniche, messa a norma di impianti, adattamenti domotici  
 Contributo a sostegno canone locazione/spese condominiali

a favore di: \_\_\_\_\_

*(Compilare solo se il beneficiario non coincide con il sottoscrittore)*

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_  
Medico di Base \_\_\_\_\_ Esenzione Ticket \_\_\_\_\_ Stato Civile \_\_\_\_\_  
Eventuale domicilio se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

**SI IMPEGNA**

a collaborare con il Servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto.

Il richiedente **DICHIARA** inoltre che il destinatario degli interventi sopra richiesti:

- è residente in uno dei dieci comuni dell'Ambito Alto Sebino;

- se cittadino extracomunitario, è in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno di lunga durata CE;
- è stato riconosciuto con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità; ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge;
- ha un'età compresa tra i 18 e i 64 anni ovvero ha ..... anni;
- Risulta privo del sostegno familiare per le ragioni previste nella normativa nazionale e regionale di riferimento e secondo quanto recepito nelle Linee Operative Locali e nel Bando per l'accesso agli interventi a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare dell'Ambito Alto Sebino;
- è consapevole che il possibile beneficiario dei sostegni previsti nel Programma del Dopo di Noi che ha in atto o intende realizzare un progetto di vita indipendente, inteso come autonomia dalla famiglia d'origine, ovvero come autonomia dal caregiver familiare, in soluzioni residenziali diverse da quelle previste dalla L. n. 112/2016, non è destinatario di questi sostegni. Esso può invece accedere a interventi previsti con altri fondi, quali ad es. FNA/Misura B2, progetto PRO.VI., risorse proprie Ambito/Comune, ecc.
- intende mettere a disposizione per se stesso, oppure la sua famiglia/ la rete associativa di cui il possibile destinatario degli interventi o la sua famiglia fa parte, intende mettere a disposizione patrimoni a favore dell'interessato e per le finalità previste dalla normativa nazionale, dalla programmazione regionale e locale nel Programma del Dopo di Noi;
- è in possesso di certificazione ISEE ORDINARIO E SOCIO SANITARIO in corso di validità;
- si rende disponibile a presentare direttamente o tramite un suo familiare/ figura di riferimento/ rappresentante legale all'assistente sociale tutta la documentazione richiesta per poter svolgere la valutazione sociale prevista, collaborare con il servizio sociale nella costruzione del progetto personalizzato e rispettare gli impegni previsti dal progetto medesimo;
- di non essere beneficiario o di non aver richiesto Misure/Interventi incompatibili con i sostegni richiesti;
- di essere consapevole che la non osservanza degli impegni assunti con il servizio sociale di riferimento comporterà l'immediata sospensione del sostegno riconosciuto;
- di essere stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia;
- di essere a conoscenza che l'Ente potrà avvalersi della facoltà di sottoporre a controllo le pratiche ammesse al contributo economico, avvalendosi anche dell'ausilio della Guardia di Finanza. Qualora siano state rilevate irregolarità non sanabili nelle dichiarazioni rese, gli uffici competenti provvederanno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 a dichiarare la decadenza del soggetto dal contributo indebitamente ottenuto, provvedendo al recupero della somma erogata e all'adozione dell'ordinanza di ingiunzione per la violazione dell'articolo 316 ter c.p., nonché il diritto all'introito di tali sanzioni.

Modalità di liquidazione dell'eventuale contributo/ Buono riconosciuto

Il richiedente dichiara di:

- autorizzare l'accredito del beneficio sul contro corrente bancario o postale intestato a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) \_\_\_\_\_  
filiale/sede di \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

- chiedere quietanza di pagamento intestata a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Luogo e data .....

Firma .....

**Allegati:**

- Copia della carta di identità del richiedente e, se il destinatario del buono non coincide con il sottoscrittore, copia carta di identità del destinatario del buono sociale
- Se il destinatario del buono è cittadino extracomunitario allegare copia del carta di soggiorno o permesso di soggiorno di lunga durata CE
- verbale di invalidità ove si evinca riconoscimento della L. 104/1992 art. 3 comma 3 accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge
- DSU e certificazione ISEE ordinario e sociosanitario in corso di validità
- Ogni altra documentazione ritenuta utile per poter svolgere la valutazione sociale prevista e per predisporre il progetto con il servizio sociale