

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Oggetto: *Avviso Pubblico per l'individuazione di beneficiari per la realizzazione degli interventi di cui alla Missione 5 "Inclusione e Coesione" - Componente 2 - Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" del Piano Nazionale di Ripresa E Resilienza (PNRR) – Investimento 1.2. "Percorsi di Autonomia per Persone con Disabilità" – CUP_H34H33000330006*

Il/la sottoscritto/a:

RICHIEDENTE	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO	
TELEFONO	
EMAIL	

CHIEDE

- ☐ Per sé stesso
- ☐ Per altro beneficiario di seguito indicato

BENEFICIARIO (compilare solo se diverso dal richiedente)	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO	
TELEFONO	
EMAIL	

Di partecipare alla selezione di cui all'Avviso in oggetto.

A tal scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76, ai sensi degli artt. 46 e 47 del succitato DPR 445/2000;

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

- ✓ di conoscere ed accettare le condizioni (ai fini della redazione della graduatoria) contenute nell'Avviso Pubblico dell'Ambito Territoriale Sociale di Rosarno finalizzato all'individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità";
- ✓ Di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- ✓ di essere cittadino italiano oppure _____ (indicare la denominazione dello Stato facente parte dell'Unione Europea);
oppure
- ✓ di essere cittadino _____ (indicare la denominazione dello Stato non facente parte dell'Unione Europea e di essere in possesso di un permesso di soggiorno, in corso di validità);
- ✓ Di essere residente nel Comune di _____;
- ✓ Di essere in condizione di disabilità (fisico-motoria, psichico-cognitiva. Psichiatrica e pluri disabilità) ai sensi della legge 104/1992, di cui all'art. 3 comma 3 o art. 3 comma 1 (accertata nelle modalità indicate dall'art.4 della medesima legge). Specificare la tipologia di invalidità: _____;
- ✓ Che il proprio stato di famiglia / che lo stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

N°	Cognome e Nome	Data nascita	Relaz. Parentela	Disabilità e/o patologie gravi	minori	anziani	Condizione occupazionale
1.				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	
2.				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	
3.				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	
4.				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	
5.				☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no	

✓ Che la condizione occupazionale attuale è la seguente: *(barrare con una X il livello posseduto)*

In cerca di prima occupazione	
Occupato (compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG)	
Lavoratore autonomo	
Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)	
Studente	
Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)	

✓ di trovarsi in una condizione di permanente limitazione dell'autonomia personale, non derivante da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento e tale da non compromettere la capacità di autodeterminazione;

✓ di essere in possesso di un'attestazione ISEE ordinario in corso di validità, da cui si evince la situazione economica della persona disabile;

✓ Che il/la beneficiario/a vive (spuntare la condizione di pertinenza):

- Da solo/a;
- In un nucleo familiare in presenza di persona di ultra 65 anni;
- In nucleo familiare con altri disabili a carico;
- In un nucleo familiare in presenza di minori;
- In un nucleo senza ulteriori criticità rilevate;

✓ Che la situazione abitativa del/la beneficiario/a è una delle seguenti (spuntare la condizione di pertinenza):

- Inserimento in struttura residenziale con periodo massimo di permanenza scaduto o in scadenza o in una struttura che prevede limite di permanenza;
- Inserimento in struttura residenziale o progetto Dopo di Noi, per i quali l'uscita può far aumentare l'autonomia;
- Presso il proprio domicilio in struttura abitativa in cui risultano inattuabili interventi di rimozione delle barriere architettoniche e/o introduzione di ausili domotici;
- Presso il proprio domicilio in struttura abitativa ubicata in zona decentrata e difficilmente raggiungibile da servizi pubblici e/o privati;
- Presso il proprio domicilio in struttura abitativa accessibile;

✓ Di essere a conoscenza che il Comune di Rosarno, Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale potrà procedere ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese in sede di presentazione della domanda, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e che, in caso di accerti che le dichiarazioni sono mendaci, verrà sospeso il beneficio e verranno applicate le sanzioni come previsto dagli artt. 75-76 del D.P.R. 445/2000;

✓ Di aver preso visione dell'informativa privacy ai sensi dell'art.13 del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e di autorizzare al trattamento dei dati personali quanto previsto e sancito dall'art. 9 dell'Avviso Pubblico.

Alla presente domanda si allegano obbligatoriamente:

1. Certificazione della condizione di disabilità ai sensi dell'art.3 comma 1 o art.3 comma 3 della Legge 104/1992 (accertata secondo le modalità di cui all'art.4)
2. Documento di identità in corso di validità;

3. Eventuale provvedimento di tutela giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministratore di sostegno);
4. Per cittadini extracomunitari copia titolo di soggiorno in corso di validità;
5. Attestazione ISEE Socio sanitario in corso di validità
6. Dichiarazione e descrizione degli obiettivi di vita che la persona intende perseguire, condizione attuale e definizione bisogni e necessità (allegata alla presente).

Rosarno, __/__/____

Firma

**DICHIARAZIONE OBIETTIVI, BISOGNI E NECESSITA' DA CONSIDERARE NELLA
PREDISPOSIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

Il/la Beneficiario/a (nome e cognome) _____

Indennità civile _____ %

Indennità di accompagnamento? SI NO

Diagnosi Principale

Altre patologie presenti _____

Cognome e nome del medico curante _____

DICHIARA

- Di svolgere un lavoro? SI NO Se SI, quale?

- Di seguire un corso di studio? SI NO Se SI, quale?

- Di essere in possesso di patente di guida? SI NO

- Che la zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto? SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche

- E' seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari? SI NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, specificando modalità e tempi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.).

- Necessita di assistente/i personale/i per le seguenti attività:

ATTIVITA'	SI	NO
Alzarmi dal letto		
Coricarmi		
Lavarmi mani e viso		
Lavarmi capelli e pettinarmi		
Usare i servizi igienici		
Igiene intima		
Fare il bagno o la doccia		
Vestirmi e spogliarmi		
Assistenza notturna		
Pulire la casa		
Riordinare la casa		
Fare la spesa o acquisti		
Preparare i pasti		
Mangiare		
Lavare biancheria e stoviglie		
Utilizzare strumenti informatici		
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.)		
Assistenza per lo studio, lavoro e visite mediche		
Utilizzo mezzi pubblici		
Scrivere, Leggere e comunicare		

- Necessita eventualmente dei seguenti ulteriori interventi di supporto:

✓ Ausili domotici per l'ambiente domestico non previsti dal SSN SI NO

✓ Spese per l'acquisto di servizi di trasporto SI NO

✓ Ausili informatici ai fini didattici e lavorativi SI NO

Specificare, laddove si ritenga necessario, le attività sopra indicate:

- Attualmente si avvale già dell'aiuto di un assistente personale con spese a suo carico? SI NO. Se SI, per quante ore settimanali: |__|__|__| ad un costo di € ____ orari lordi nelle ore feriali diurne, a € ____ orari lordi nelle ore feriali notturne, a € ____ orari lordi nelle ore festive diurne, a € ____ orari lordi nelle ore festive notturne, per un totale di € ____ mensili lordi.
- Indicare quali eventuali altre persone sono coinvolte nella sua assistenza, anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione, per cosa e quanto tempo l'assiste, evidenziando, se presenti, le problematiche che ne derivano:

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile descrivere dettagliatamente i bisogni e/o necessità, gli obiettivi e/o risultati attesi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto (es. ridurre il rischio di istituzionalizzazione, alleviare la famiglia, andare a vivere da solo, con altre persone etc)

BISOGNI

OBIETTIVI

RISULTATI ATTESI

Reggio Calabria, ____/____/____

Firma beneficiario/a
