

## ZONA SOCIALE N. 12

COMUNI DI ALLERONA, BASCHI, CASTELGIORGIO, CASTELVISCARDO, FABRO, FICULLE, MONTECCHIO,  
MONTEGABBIONE, MONTELEONE D'ORVIETO, ORVIETO, PARRANO, PORANO

### Allegato 3a.1)

#### Richiesta di accesso ai servizi/interventi a valere sull'avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personalizzati per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

Legge n. 112/2016. Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

#### DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

|                             |   |                                    |                                |
|-----------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Cognome                     | _____   | Nome                               | _____                          |
| nato/a                      | il _____  | a _____                            | Prov. _____ residente in _____ |
| _____                       | Comune  | affidente la Zona Sociale n. _____ | Via / P.zza _____              |
| _____                       | n.° _____   | CAP _____                          | domiciliato presso _____       |
| _____                       | CAP _____   | tel. _____                         | cell. _____                    |
| Indirizzo email             | _____   |                                    |                                |
| Codice Fiscale              | _____   |                                    |                                |
| Stato civile <sup>1</sup>   | _____   |                                    |                                |
| Cittadinanza <sup>2</sup> : |   |                                    |                                |
| <input type="checkbox"/>    | cittadino italiano;   |                                    |                                |
| <input type="checkbox"/>    | cittadino comunitario;  |                                    |                                |
| <input type="checkbox"/>    | familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;   |                                    |                                |
| <input type="checkbox"/>    | cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____; |                                    |                                |
| <input type="checkbox"/>    | titolare di status di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) _____;   |                                    |                                |
| <input type="checkbox"/>    | titolare di status di protezione sussidiaria _____;   |                                    |                                |

## GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'

(da compilare solo se necessario)

|  |
|--|
| Cognome_____Nome_____  |
| In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore ecc. ) |
| _____  |

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>2</sup> Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

|   |
|---|
| nato/a il _____ a _____ Prov. _____   |
| e residente in _____ Comune afferente la Zona sociale n. _____ Via /  |
| P.zza _____ n.° _____   |
| CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____   |
| Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): |
| _____   |

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

### CHIEDE

di accedere o (da compilare solo se necessario) in qualità di legale rappresentante di far accedere Nome \_\_\_\_\_/Cognome \_\_\_\_\_,

agli interventi a valere sull'avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personalizzati per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare si cui alla Legge n. 112/2016 istitutiva del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

nello specifico

**DI POTER ACCEDERE AI/A SEGUENTE/I SERVIZIO/I – INTERVENTO/I**

Y **Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, che riproducano soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare.** Nello specifico si fa riferimento a:

- sperimentazione di cicli di weekend fuori casa o struttura residenziale finalizzati ad accrescere la propria autonomia/potenzialità (afferenti alla sfera relazionale, interpersonale e domestica);
- periodi di 2-3 mesi oppure 5-6 mesi (a titolo esemplificativo) fuori dal proprio nucleo familiare (o struttura residenziale), tesi a sperimentare e/o consolidare le proprie autonomie e la propria indipendenza dal nucleo di origine, adeguatamente supportati da personale qualificato (educatori professionali, eventuale personale socio-sanitario, case manager.)
- periodi medio-lunghi (massimo 12 mesi) fuori dal proprio nucleo familiare (o struttura residenziale) adeguatamente supportati da personale qualificato (educatori professionali, eventuale personale socio-sanitario, case manager..)

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

---

---

---

---

/...../

Y **Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative.** Le soluzioni alloggiative vanno individuate nel progetto personalizzato e devono presentare le caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni

abitative e relazionali della casa familiare, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 4, del decreto 23.11.2016 e richiamate all'art. 9 del presente avviso.

Non sono ammissibili a finanziamento spese relative all'acquisto di immobili.

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

---

---

---

/...../

Y **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.** Nello specifico si fa riferimento a:

- azioni innovative volte all'accrescimento delle competenze e delle autonomie anche attraverso azioni sinergiche da realizzare con gli stakeholder territoriali (Centri per l'impiego, scuole, cooperative sociali, associazioni, ecc.);
- laboratori/centri innovativi che abbiano come obiettivo l'accrescimento delle autonomie e capacità (es. attraverso la diffusione dell'utilizzo del linguaggio 'easy to read');
- percorsi innovativi che offrano possibilità occupazionali o di start-up di impresa sociale per l'autosufficienza delle micro comunità/gruppi appartamento.

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

---

---

---

/...../

Y **(ESCLUSI DAL BUDGET DI PROGETTO) Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative, aventi le caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4 del decreto 23.11.2016, mediante pagamento degli oneri di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità.** Nello specifico si fa riferimento a quanto di seguito riportato e nei relativi limiti di spesa indicati:

3. Spese, entro il massimo del 10% delle risorse a tal fine assegnate ai Comuni capofila di Zona sociale/Unione dei Comuni del Trasimeno, per l'utilizzo di nuove tecnologie utili a migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di ambient assisted living. Al fine di "costruire" intorno alle persone con disabilità un ambiente che non venga percepito più come ostacolo, bensì come ausilio nella realizzazione della propria quotidianità potranno essere utilizzate le tecnologie domotiche, che al solo fine esemplificativo e non esaustivo, ricomprendono:
  - sistemi innovativi di automazione domestica, che facilitano, ad esempio, il controllo dei dispositivi presenti in casa;
  - sistemi di gestione dal proprio telecomando o smartphone dei dispositivi presenti in casa;
  - sistemi tesi a superare la fatica nello spostare o nel movimentare cose della propria abitazione essenziali alla propria vita quotidiana.
4. Spese, entro il massimo del 10% delle risorse a tal fine assegnate ai Comuni capofila di Zone sociale/unione dei Comuni del Trasimeno, destinate alla ristrutturazione dell'immobile se queste sono strettamente connesse alle esigenze di rendere adeguato l'immobile all'uso della

persona con disabilità. Non sono ammissibili a finanziamento spese relative all'acquisto di immobili.

Specificare brevemente l'obiettivo che si intende perseguire:

---

---

---

---

A tale fine

### DICHIARA

#### CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da  
\_\_\_\_\_ Con verbale n.

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- fisica
- psichica
- sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- stabilizzata
- progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del medico curante \_\_\_\_\_

Cognome e Nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_

#### SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE del valore di: € \_\_\_\_\_ (all.1)

#### COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

| Componente | Cognome | Nome | Relazione | Luogo di nascita | Data di Nascita | Attività/Lavoro/Pensionato |
|------------|---------|------|-----------|------------------|-----------------|----------------------------|
| I°         |         |      |           |                  |                 |                            |
| II°        |         |      |           |                  |                 |                            |



**Necessità della persona (Specificare brevemente):**

---

---

---

---

---

---

---

Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto personale di co-housing:

Stato \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

vani n. \_\_\_\_\_ Breve descrizione \_\_\_\_\_

di proprietà <sup>3</sup>

in uso gratuito

usufrutto

in affitto con contratto canone previsto nel contratto € \_\_\_\_\_

Altro, specificare \_\_\_\_\_

Presenza servizi igienici adeguati SI NO

Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi SI NO

Presenza di barriere SI NO

Se SI, specificare:

Esterne \_\_\_\_\_

Interne \_\_\_\_\_

Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche \_\_\_\_\_

- Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune \_\_\_\_\_ in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune \_\_\_\_\_ in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto, 7, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati

<sup>3</sup> nel caso che l'unità immobiliare messa a disposizione, il beneficiario sia titolare del diritto reale solo per una quota percentuale, deve essere fornita la documentazione della messa a disposizione della medesima unità immobiliare da parte dei comproprietari almeno per la durata del progetto personalizzato

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).**

|   |
|---|
| <p>Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del<br/>Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____</p> <p>Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: right;">Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)</p> <p style="text-align: right;">_____</p> |
|---|

**Allegati:**

- 1) copia del documento di identità della persona con disabilità.
- 2) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
- 3) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).



