

- Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito** fino ad un massimo di euro 600,00 mensili pro capite.
(Non superiore all'80% del costo degli assistenti personali o dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)).
- Buono residenzialità in cohousing/housing** di € 700 aumentabili fino a euro 900 mensili pro capite.
(Non superiore all'80% del costo degli assistenti personali o dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)).

Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare

- Contributo giornaliero pro capite fino ad euro 100,00** per ricovero di pronto intervento, per massimo n.60 giorni
(Per sostenere il costo della retta assistenziale, commisurato al reddito familiare, non superiore all'80% del costo del ricovero come da Carta dei servizi dell'Ente gestore dell'Unità d'Offerta).

A TAL FINE DICHIARA CHE

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

Il nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Codice fiscale	Data di nascita	Luogo di nascita

In merito alla condizione del beneficiario dell'intervento:

- La persona è riconosciuta disabile grave ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92
- La persona è priva del sostegno familiare in quanto:
 - mancante di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
- La persona presenta comportamenti auto/eteroaggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, la cui compatibilità con le tipologie di interventi e residenzialità oggetto del bando sarà oggetto di valutazione

La condizione economica della persona disabile e della sua famiglia è la seguente:

Persona disabile (ISEE socio sanitario)

Valore ISEE Euro _____

In merito alla frequenza dei servizi diurni e alla fruizione di servizi/benefici:

- La persona NON frequenta servizi diurni
- La persona frequenta il seguente servizio diurno
- CDD
- CSE
- SFA
- Altro servizio (specificare)

Denominazione servizio _____

Con sede a _____

- La persona NON fruisce di altri servizi/benefici
- La persona fruisce o è in attesa di fruire di servizi/benefici

Denominazione servizio/beneficio _____

Erogato da _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per le diverse tipologie di intervento:

Percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la de-istituzionalizzazione: Voucher Accompagnamento all'autonomia/Voucher di consulenza-accompagnamento per la famiglia

- Non è accolta in unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali
- Non fruisce di sostegni di "Supporto alla Residenzialità" del presente Programma
- Non fruisce dell'assegno di autonomia
- Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Supporto alla residenzialità - Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in appartamento con Ente gestore

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

Regolarmente autorizzato al funzionamento con provvedimento:

Numero e data del provvedimento _____

Rilasciato da _____

La persona beneficiaria

- Non fruisce della Misura B1 e B2 FNA – assegno per l'autonomia
- Non fruisce del Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Non fruisce del voucher inclusione disabili
- Non fruisce della Misura Reddito di Autonomia Disabili
- Non fruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD)
- Non fruisce del Sostegno "Voucher Accompagnamento all'autonomia" del presente Programma

Supporto alla residenzialità - Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in gruppo appartamento autogestito

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

In coabitazione con le seguenti persone disabili:

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

La persona beneficiaria

- Fruisce del SAD
- Fruisce del ADI
- Fruisce o del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale(SFA,CSE,CDD)
- Fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Fruisce della misura B1 e B2 FNA. assegno per l'autonomia
- Fruisce del sostegno canone di locazione/spese condominiali o sostegno ristrutturazione del presente programma

La persona beneficiaria

- Non fruisce del voucher inclusione disabili
- Non fruisce del Sostegno "Voucher Accompagnamento all'autonomia" del presente Programma

Supporto alla residenzialità - Buono residenzialità in cohousing/housing

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in residenzialità in cohousing/housing

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

La persona beneficiaria

- Fruisce sostegni forniti con i progetti PRO.VI
- Fruisce del SAD
- Fruisce del ADI
- Fruisce o del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale (SFA,CSE,CDD)
- Fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Fruisce della misura B1 e B2 FNA assegno per l'autonomia

- Fruisce del sostegno canone di locazione/spese condominiali o sostegno ristrutturazione del presente programma

La persona beneficiaria

- Non fruisci del voucher inclusione disabili
 Non fruisci del Sostegno "Voucher Accompagnamento all'autonomia" del presente Programma

Contributo accoglienza residenziale in situazioni di Pronto Intervento

Ricovero a decorrere dal _____ al _____

Per un totale di n. _____ giorni

Per un costo presunto giornaliero di Euro _____

Costo giornaliero della retta assistenziale (come da Carta dei Servizi dell'Ente gestore) Euro _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per gli enti o associazioni erogatori degli interventi:
(Compilare solo se il richiedente è ente o associazione)

- Possiede comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie.
- È iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali o altro registro /albo:
- Registro di iscrizione _____
- Numero iscrizione _____
- Data di iscrizione _____
- Sono assenti in capo al legale rappresentante condanne penali o procedimenti penali in corso.
- Non vi sono situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia.

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente le condizioni;
- in caso di cittadini stranieri extra UE: di essere in possesso del permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, come previsto dall'art. 41 del D.Lgs. 25/07/1998 n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero";
- di non essere in una delle condizioni di incompatibilità elencate per ciascuna misura, nel bando Dopo di Noi;
- di essere a conoscenza che l'accesso ai benefici richiesti comporta la valutazione da parte di un'équipe multidisciplinare e la redazione di un progetto individuale;
- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato
- di autorizzare il comune di residenza e l'Ambito Valle Brembana al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

