**ALLEGATO B**

**DOMANDA DI CONTINUITÀ DEL PROGETTO DOPO DI NOI AVVIATO NELLE ANNUALITÀ 2016-2022**

**Il/la sottoscritto/a** (cognome) (nome)

nato/a a Prov. il

residente a in Via n.

Codice fiscale Tel. E-mail

in qualità di

* tutore
* curatore
* amministratore di sostegno
* famigliare
* altro (specificare )

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato** (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente):

cognome nome

nato/a a Prov. il

residente a in Via n.

Codice fiscale Tel.

**CHIEDE il proseguimento della progettualità avviata a proprio favore nelle annualità 2016-2022 attraverso:**

* **interventi gestionali**: attivazione di progetto individuale ai sensi dell’art.14 Legge 328, relativo ad interventi per l’assegnazione dei sostegni a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -Dopo di noi- L. 112/2016 – DM 2016 e in attuazione della DGR n. 6218 del 04.04.2022:
	+ Accompagnamento all’autonomia (percorsi di accompagnamento all’autonomia per l’emancipazione dal contesto familiare o per la deistituzionalizzazione). A tal fine dichiaro di essere disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezze e sviluppo delle proprie autonomie ovvero percorsi di accompagnamento dall’uscita dal nucleo/deistituzionalizzazione, percorsi che prevedono interventi socio educativi e socio formativi finalizzati all’autonomia.
	+ Supporto alla residenzialità (interventi di supporto alla residenzialità). A tal proposito segnalo l’eventuale disponibilità:
		- ad accogliere altre persone con disabilità grave in un appartamento di mia proprietà da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi.
		- a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un’unica abitazione
	+ Interventi di Pronto intervento/sollievo (Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare)

A tal fine dichiaro che la situazione di emergenza si è verificata a seguito di

 e di essere disponibile all’ esperienza di permanenza in accoglienza temporanea presso la struttura di residenzialità

* **interventi infrastrutturali**: attivazione di un progetto individuale, ai sensi dell’art.14 Legge 328, relativo ad interventi infrastrutturali previsti nell’avviso Dopo di noi – annualità 2019/2020:
* Interventi di ristrutturazione dell’abitazione.
* Sostegno del canone di locazione
* Sostegno delle spese condominiali
	+ La persona si rende pertanto disponibile a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso l’abitazione di proprietà sottoposta a ristrutturazione da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi.
	+ In caso di assegnazione del contributo, la persona è consapevole che l’immobile o unità abitativa oggetto del progetto richiesto non potrà essere alienato né distolto dalla destinazione per cui è stato presentato il progetto, per un periodo di almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo.

Per l’alloggio sito in Via

Località

**DICHIARA**

che il sig./la sig.ra (beneficiario):

* ha una disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
* è in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92
* ha età compresa tra i 18 e i 64 anni
* non usufruisce di altre misure, ovvero usufruisce di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto
* di avere un ISEE SOCIO SANITARIO in corso di validità pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di essere privo del sostegno famigliare in quanto (barrare):
	+ mancante di entrambi i genitori
	+ presenza di un solo genitore

o genitori non in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale /prospettiva del venir meno del sostegno familiare

**Dichiara inoltre:**

* di frequentare (segnare con una croce nell’apposito spazio) i seguenti servizi diurni:
* Centro Socio Educativo (CSE)
* Servizio di Formazione all’Autonomia (SFA)
* Centro Diurno Disabili (CDD)
* Servizio Territoriale disabili autorizzato
* di beneficiare delle seguenti misure (segnare con una croce nell’apposito spazio):
* Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

□Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

* protesi/ausili
* Misura B1 FNA Buono assistente personale
* Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare
* Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
* Voucher inclusione disabili (Reddito di autonomia disabili)
* Accoglienza residenziale in Unità d’Offerta sociosanitarie, sociali (RSD; CA; CSS) specificare
* Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
* Sostegni inerenti le misure “Dopo di noi” specificare
* contributi economici
* altro (specificare)
* di essere inserito in gruppo appartamento, Cohousing/Housing □ SI □NO Nell’alloggio sito in Via

Località

Eventuale ente gestore

* eventuale tipologia di presenza dell’assistente personale regolarmente assunto :
	+ nessuno

□ 24 H

* + Tempo pieno > 7 ore
	+ Tempo parziale < 7 ore
	+ Qualificato 24 h
	+ Qualificato tempo pieno> 7 ore
	+ Qualificato tempo parziale< 7 ore
	+ Altro

**DICHIARA INOLTRE**

* Di aver preso visione dell’Avviso per l’erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni
* Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l’accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale personalizzato rimodulato secondo una nuova valutazione multidimensionale da parte degli operatori socio-sanitari di ASST e dell’ambito Casalasco Viadanese Oglio Po, ed integrata da operatori di Enti del terzo Settore eventualmente segnalati nella rete progettuale.
* di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individualizzato;
* di dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al proprio Comune di residenza, entro dieci giorni dall’evento stesso;
* di essere a conoscenza che il Consorzio Casalasco Servizi Sociali e l’Azienda Speciale Consortile Oglio Po, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potranno procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l’assenza di requisiti o l’errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all’autorità giudiziaria;

Luogo e data

Firma

Il/la sottoscritto/a , informato ai sensi del Regolamento UE 679/16, autorizza il trattamento dei dati personali.

Luogo e data

Firma

Si allegano:

* Documento di identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)
* Codice fiscale del beneficiario
* Certificazione e copia del verbale di INVALIDITÀ CIVILE
* Certificazione e copia del riconoscimento della disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art.3, comma 3 della Legge 104/92
* ISEE socio sanitario in corso di validità
* Altro

Qualora vengano richiesti interventi infrastrutturali si allega inoltre in relazione alle singole unità immobiliari:

* titolo di proprietà;
* planimetria dell’abitazione;
* preventivo di spesa degli interventi di ristrutturazione programmati e/o contratto d’affitto e preventivo spese condominiali.