

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DOPO DI NOI
RICOVERI DI SOLLIEVO/PRONTO INTERVENTO

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario
del beneficio nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
n. _____ Tel _____
e-mail: _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____
Tel. _____
e-mail: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, il/la
sig./sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____

Chiedo di poter attivare un progetto individuale relativo ad interventi gestionali previsti nel Dopo di
Noi annualità:

- Ricoveri di sollievo/pronto intervento (interventi di permanenza temporanea in soluzione
abitativa extra-familiare)

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di
falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di
ammissibilità a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie
connesse alla senilità
- età compresa tra i 18 e i 64 anni
- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3
della L. 104/92
- di non usufruire di altre misure, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli

interventi in oggetto.

Dichiara altresì di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori:
- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario:
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'articolo 3, comma 4 DM 23/11/2016.

CONTESTUALMENTE DELEGA

L'Azienda Speciale Consortile Ovest Solidale a liquidare il contributo direttamente alla struttura ospitante.

Si allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- codice fiscale del beneficiario
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST e del Comune di residenza.

Luogo e data

Firma
