Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Bergamo

DOMANDA DI ACCESSO
INTERVENTI GESTIONALI
Programma operativo "Dopo di Noi" L. 112/2016

Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Prot.n. 0018831 del 31-12-2021 partenza

Il/la sottoscritto/a

Nome e cognome					
Codice fiscale					
Genere	☐	Maschio	☐	Femmina	
Data di nascita			Età		
Comune di nascita				Prov.	
Residente a	C.A.P.			Prov.	
via e nr. civico					
@mail					
Telefono	Cell.				

In qualità di

☐	Persona con disabilità
☐	Familiare: specificare
☐	Amministratore di sostegno
☐	Tutore
☐	Curatore
☐	Legale rappresentante dell'Ente Pubblico/Privato di cui sotto: Nominativo Ente
	Sede legale: Comune di C.A.P. Prov.
	via e nr. civico
	C.F. e P.IVA
	Telefono Cell.
	E-mail

Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Prot.n. 0018831 del 31-12-2021 partenza

In nome e per conto di (compilare <u>solo se</u> la domanda <u>non</u> è presentata dal possibile diretto beneficiario)

Nome e cognome					
Codice fiscale					
Genere	☐	Maschio	☐	Femmina	
Data di nascita					
Comune di nascita				Prov.	
Residente a	C.A.P.			Prov.	
via e nr. civico					
@mail					
Telefono	Cell.				

CHIEDE L'ACCESSO AI SEGUENTI INTERVENTI

Percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la de-istituzionalizzazione

- Voucher di accompagnamento all'autonomia fino a euro 4.800,00 annui, per attività rivolte alla persona
- Voucher di euro 600,00 annui, a incremento del precedente, per attività sul contesto familiare.

Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative

- **Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore:**
  - fino ad euro 500,00 mensili per persona che frequenta servizi diurni (CSE, SFA, CDD)
  - fino ad euro 700,00 per persona che NON frequenta servizi diurni (CSE, SFA, CDD).

- **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** fino a euro 700 mensili pro capite.
  Può essere aumentato fino a 900 euro per situazioni di particolare fragilità
  (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).

Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Prot.n. 0018831 del 31-12-2021 partenza

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 non presenta comportamenti auto/eteroaggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, incompatibile con le tipologie di interventi e residenzialità oggetto del bando.

La condizione economica della persona disabile 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*

La persona beneficiaria

- ❍ Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili
- ❍ Non è accolta in unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali
- ❍ Non fruisce di sostegni di "Supporto alla Residenzialità" del presente Programma
- ❍ Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ❍ Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ❍ Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- ❍ Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Prot.n. 0018831 del 31-12-2021 partenza

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 B2 FNA - Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente

❍ Non fruisce del Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

❍ Non fruisce della Misura Reddito di Autonomia Disabili

❍ Non fruisce del voucher inclusione 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 cogome _____

Nome e cognome _____

La persona beneficiaria

❍ Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali

❍ Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di Euro _____

La persona beneficiaria

Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Prot.n. 0018831 del 31-12-2021 partenza

❍ Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili

❍ Non fruisce del Sostegno "Voucher Accompagnamento all'autonomia" del presente Programma

❍ Non fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale

❍ Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B1 FNA: Buono assistente personale

❍ Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente

❍ Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente

❍ Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

❍ Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

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 o fruirà del supporto di assistenti personali

❍ Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di Euro _____

La persona beneficiaria

❍ Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili

❍ Non fruisce del Sostegno "Voucher Accompagnamento all'autonomia" del presente Programma

❍ Non fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale

❍ Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B1 FNA: Buono assistente personale

❍ Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente

❍ Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente

❍ Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

❍ Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

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 _____

Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Prot.n. 0018831 del 31-12-2021 partenza

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.

Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Prot.n. 0018831 del 31-12-2021 partenza

DICHIARA INFINE

- ☐ di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente le condizioni;
- ☐ 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 il comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli a campione sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate. Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il comune ne darà comunicazione all'Ufficio di Piano dell'Ambito di …… per la sospensione/revoca del beneficio e si attiverà per l'eventuale recupero dei benefici concessi;
- ☐ di autorizzare il comune di residenza e l'Ambito di …… al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

Data e luogo, ……

Il Dichiarante

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA DOMANDA

Per tutti i richiedenti	• Fotocopia della carta di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario • Certificazione di grave disabilità del beneficiario ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92 • Per le richieste presentate da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia dell'atto legale di nomina
Per i soli richiedenti il Voucher Residenzialità in appartamento con Ente gestore	• Certificazione di inserimento, avvenuto o di prossima realizzazione, rilasciato dall'Ente gestore dell'appartamento
Per i soli richiedenti il Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito	• Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato
Per i soli richiedenti il Buono residenzialità in cohousing/housing	• Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato
Per i soli richiedenti il Contributo per accoglienza residenziale in situazioni di Pronto Intervento/Sollievo	• Preventivo di spesa relativo all'inserimento in struttura

Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi Prot.n. 0018831 del 31-12-2021 partenza