

Ripartizione Servizi alla Persona

A mezzo pec:

serviziallapersona.comunebari@pec.rupar.puglia.it

Al Comune di Bari
Ripartizione Servizi alla Persona
Settore Servizi Sociali

**MODULO DI DOMANDA A2)
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONTRIBUTO PER “ACCOMPAGNAMENTO
ALL’AUTONOMIA” OSSIA PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI PROGRAMMATI DI
ACCOMPAGNAMENTO PER L’USCITA DAL NUCLEO FAMILIARE DI ORIGINE, OVVERO
PER LA DEISTITUZIONALIZZAZIONE**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ prov. (___), residente a _____ prov.(___)

via/piazza _____ n. _____, tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

l’assegnazione del **contributo per la realizzazione di percorsi programmati di accompagnamento all’uscita dal nucleo familiare di origine, ovvero per la deistituzionalizzazione** sulla base del progetto del Comune di Bari presentato e finanziato ai sensi dell’A.D. 780 del 18.05.2021 “Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare linea D”.

Ripartizione Servizi alla Persona

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. (___), residente a _____ prov.(___)
via/piazza _____ n. _____, tel. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____

In qualità di:

- Familiare
 Tutore, nominato con decreto n. _____ del _____
 Amministratore di sostegno, nominato con decreto n. _____ del _____
 Soggetto amministratore del programma _____
 Altro (specificare) _____

CHIEDE

l'assegnazione del **contributo per la realizzazione di percorsi programmati di accompagnamento all'uscita dal nucleo familiare di origine, ovvero per la deistituzionalizzazione** sulla base del progetto del Comune di Bari presentato e finanziato ai sensi dell'A.D. 780 del 18.05.2021 "Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare linea D",

A favore di:

Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ prov. (___), residente a _____ prov.(___)
via/piazza _____ n. _____, tel. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____

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

DICHIARA

1. Il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità richiesti dall'Avviso pubblico "Pro.V.I. Dopo di Noi, linea D" ovvero:

- di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni;
 che la condizione di disabilità **non** è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
 di essere in possesso di certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;
 di essere in possesso del verbale di valutazione dell' UVM
 di non essere in possesso del verbale dell' UVM e di averne richiesto l'attivazione alla PUA
 di essere in possesso di ISEE socio-sanitario corrente;
 di essere residente nell'Ambito territoriale di Bari.

2. Di trovarsi in condizione di priorità, ovvero, essere persona con disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, com. 3

Ripartizione Servizi alla Persona

della Legge 104/1992:

- mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età, ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nelle condizioni di continuare a garantire loro, nel futuro prossimo, il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche diverse da quelle previste dall'art. 3, comma 4 del DM 26/11/2016 (Gruppi appartamento e soluzioni di Cohousing riproducenti le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e con capacità ricettiva fino a 5 persone) e nello specifico: (indicare nome dell'Unità, tipologia e indirizzo)

- in possesso di altri indici rilevati dalle UVM, ai sensi dell'art. 4, comma 2 del DM 26/11/2016 che determinano una necessità di maggiore urgenza per tali interventi: (specificare)

3. Dichiaro altresì:

- di **NON** usufruire di altre Misure e interventi, **in particolare:**
 - Accoglienza residenziale – Progetti di Vita indipendente (Pro.V.I.)
 - Assegno di cura
 - Contributo per il pagamento delle rette in moduli abitativi che abbiano i requisiti stabiliti dal D.M. 23/11/2016 di cui A1) dell' Avviso pubblico "Pro.V.I. Dopo di Noi, linea D"

ovvero

- di **usufruire** delle seguenti Misure e/o interventi:
 - Assistenza Domiciliare Integrata (SAD)
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - Frequenza di Centro Diurno Disabili ex artt.60 e 60 ter RR 4/07
 - Altro (specificare)

(N.B. Il contributo è limitato agli interventi di accompagnamento all'autonomia, ovvero alloggi palestra, soggiorni extrafamiliari, tirocini socializzanti e non può finanziare la retta di frequenza di centri diurni di cui agli artt. 60 e 60 ter del R.R. 18 gennaio 2007 n. 4)

4. Di presentare la descrizione analitica del programma di accompagnamento all'autonomia con il preventivo di spesa distinto per ciascuna voce di costo ammissibile, inclusa la retta annuale in strutture sperimentali con indicazione del relativo gestore (compilare tabella sottostante).

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PREVENTIVO COSTO
-------------------------	------------------

Ripartizione Servizi alla Persona

<i>(es. retta in alloggi palestra e/o altre formule residenziali innovative, retta per soggiorni extrafamiliari*, costi relativi a frequentazione di tirocinio socializzante, attività di consulenza professionale, attività di sostegno alle relazioni familiari, ecc.)</i>	INTERVENTO

* Qualora si tratti di "alloggi palestre" e soggiorni extrafamiliare, indicare se la retta è diurna, settimanale o mensile

Allega alla presente domanda:

- Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 e s.m.i. ;
- ISEE socio sanitario;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, dell'interessato;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto sottoscrittore diverso dall'interessato

Il sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la mancata produzione dei documenti da allegare obbligatoriamente, ovvero la produzione di documentazione incompleta o incongruente, determinerà l'impossibilità di riconoscere i benefici previsti dalla A.D. 780 del 18.05.2021 "Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare linea D"

Data _____

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.

Ripartizione Servizi alla Persona

Desideriamo informarLa che il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

In applicazione, pertanto, dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) e del D.Lgs 196/2003 (di seguito CODICE) Le forniamo le seguenti informazioni:

- **Finalità del trattamento dei dati:** i dati personali forniti sono trattati esclusivamente per gli adempimenti necessari all'erogazione del servizio richiesto e saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.
- **Modalità del trattamento:** il trattamento sarà effettuato in forma automatizzata e/o manuale nel rispetto delle misure di sicurezza previste dall'art. 32 del GDPR e dell'allegato B (artt. 33-36 del CODICE) ad opera di soggetti appositamente incaricati (art. 29 GDPR).
- **Conferimento dei dati:** il conferimento dei dati è obbligatorio per i procedimenti amministrativi, come onere per l'interessato che voglia ottenere un provvedimento. L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati richiesti e/o contenuti nella modulistica comporta il mancato rilascio del provvedimento richiesto e l'impossibilità di evadere la pratica ed ottenere l'effetto previsto dalla legge e/o regolamento.
- **Comunicazione dei dati:** i dati acquisiti saranno comunicati esclusivamente alla ditta appaltatrice che avrà incarico di espletare materialmente il servizio. Resta peraltro fermo quanto previsto dall'art.59 del CODICE sull'accesso ai documenti amministrativi contenenti dati personali come disciplinato dalla L.241/1990 e successive modifiche ed integrazioni, anche per quanto riguarda i dati sensibili e giudiziari.
- **Diritti dell'interessato:** all'interessato vengono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del GDPR 2016/679 e artt. 7 e seguenti del CODICE.
- **Titolari e Responsabili del trattamento:** Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Bari. Il Responsabile interno del trattamento il Direttore della Ripartizione Servizi alla Persona con sede in Bari Piazza Chiurlia, 27 - indirizzo posta certificata: serviziiallapersona.comunebari@pec.rupar.puglia.it

Manifestazione di consenso

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente a _____,
prov. (____)

DICHIARA

di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt. 4,5,7 e 13 del GDPR, di averne compreso i contenuti, i diritti e le finalità e, pertanto presta il consenso e autorizza il trattamento dei dati personali, dati particolari e dati giudiziari in conformità al Regolamento UE 679/16 e successive modifiche e integrazioni.

Data _____

Firma _____