Allegato A: Modello di domanda dell’avviso “Nuova ERA. Edilizia residenziale per l’autonomia”.

Modello di Domanda

Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome ……………………………………………………………. Cognome……………………………………

indirizzo ………………………………………………

Tel. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

In qualità di

* Persona legalmente responsabile di sé
* Tutore
* Curatore
* Amministratore di sostegno (numero procedimento di nomina \_\_\_\_\_\_\_ )
* Coniuge
* Figlio
* Familiare
* Operatore sociale
* Operatore sanitario
* Altre figure

CHIEDE

L’ammissione al Percorso per l’autonomia

ANAGRAFICA UTENTE

Nome......................................................................... Cognome ................................................................

Data di nascita |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| Nato/a a............................................................. Prov. ..................

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

N° Tessera Sanitaria………………………………………………

Residenza: Città ............................................. Via ........................................................... C.A.P. .................

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città ......................... Via ...............................................C.A.P. .........

Telefono utente |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Email ………………………………….. @...................................... .

Nazionalità

* Italiana
* Comunitaria ………………………..
* Extracomunitaria ……………………………
* Permesso di soggiorno: Data inizio permanenza|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_ scadenza ……………………………..

Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Elenco

* Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.
* Protezione
* Irregolare

Stato civile

* Celibe/Nubile
* Coniugato/a
* Unioni civile
* Convivente
* Separato / Divorziato
* Vedovo/a

**Condizione di disabilità, non autosufficienza, disabilità gravissima:**

**(indicare una o più delle condizioni sotto descritte)**

* Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Invalidi civili con invalidità al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %;

Persona in condizione di disabilità media

* Invalidi civili di età compresa tra i 18 e i 65 anni, con invalidità civile compresa tra il 67 e il 99 %;
* Invalidi civili di minore età, con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età (L. 118/71, art. 2 – diritto all’indennità di frequenza);
* Invalidi civili ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, invalidi 67>99% (D.lgs. 124/98, art. 5, c.7);
* Sordi Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (DM 27/8/1999, n. 332);
* Invalidi (L.222/84, artt.1 e 6 – DLgs503/92, art. 1, comma 8);
* Invalidi sul lavoro INAIL 50>79% (DPR 1124/65, art. 66) Invalidi sul lavoro 35>59%(D.Lgs 38/2000, art.13 –DM 12/7/2000 –L. 296/2006, art 1, comma 782);
* Inabili alle mansioni (L.379/55, DPR 73/92 e DPR171/2011);
* Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla terza ed alla seconda categoriaTab. A DPR 834/81 (71>80%)

Persona in condizione di disabilità grave

* Soggetti per i quali il Servizio sociale competente rilevi la necessità, temporanea, di supporto alle attività di vita quotidiana
* L. 104/92, art. 3 comma 3
* Inabili totali (L. 118/71, art. 2 e 12)
* Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (Legge 289/1990);
* Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a volgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Inabili 100% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)
* Ciechi civili parziali (L. 382/70 - L. 508/88 – L. 138/2001)
* Sordi pre-linguali, di cui all’art. 50 L. 342/2000)
* Sordi ai sensi L. 381/1970, L. 95/2006 e L. 508/1988
* Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)
* Invalidi sul lavoro 80 >100% (DPR 1124/65, art. 66)
* Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art.13 – DM 12/7/2000 – L. 296/2006, art 1, comma 782)

Persona in condizione di non auto sufficienza (ai sensi dell’allegato 3 del DPCM n° 159/2013)

* Soggetti con diritto all’indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
* Ciechi civili assoluti (L. 382/70 – L. 508/88 – L. 138/2001
* Inabili con diritto all’assegno per l’assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5)
* Invalidi sul lavoro con diritto all’assegno per l’assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 – art. 66)
* Invalidi sul lavoro con menomazioni dell’integrità psicofisica di cui alla L. 296/2006, art 1, comma 782, punto 4 (con grado superiore al 60%)

Persona con disabilità grave priva del sostegno familiare:

*a)* persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

*b)* persone 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 garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

*c)* persone con disabilità grave inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

Presenza Care Giving

* Si
* No

Caregiver familiare

* del coniuge, dell’altra parte dell’unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76,
* di un familiare o di un affine entro il secondo grado,
* di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18.
* Assistente familiare
* Iscritto Legge 68

MEDICO DI RIFERIMENTO

* MMG
* PLS

Nominativo ....................................................................... Telefono |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

In possesso di Attestazione ISEE

* Si
* No

TITOLARITA’ ABITAZIONE

* Di proprietà con mutuo/ senza mutuo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* In affitto da privato (importo mensile……………………..)
* Alloggio di Edilizia Pubblica (importo mensile …………………..)
* Senza dimora
* In condizione di fragilità abitativa
* Altro (struttura di accoglienza sociale / struttura socio sanitaria / uso gratuito/ ospite) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVIZI ATTIVI PER IL NUCLEO FAMILIARE

* RDC
* Servizio Materno Infantile
* Servizio disabili
* Servizio sociale e socioeducativo minori, adulti e famiglia
* Assistenza Domiciliare Educativa Minori (ADEM)
* Tutela Salute Mentale Riabilitazione Età Evolutiva (TSRMEE)
* Centro di salute mentale (CSM)
* Servizi dipendenze (SerD)
* Servizio sociale penale adulti
* Servizio sociale penale minori
* Servizi per l’impiego
* Centri di Formazione Professionale
* Servizi di supporto scolastico - Specialistica
* Servizi per le politiche abitative
* Beneficia di forme di sostegno erogate dal privato o dal volontariato con fondi propri
* CAD
* Protesica
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nessun Servizio Attivo

ULTERIORI INFORMAZIONI

* Neomaggiorenni o giovane adulto privo o di fragile sostegno familiare;
* Persone con un avviato percorso di deistituzionalizzazione;
* Persone già beneficiarie di percorsi di vita indipendente o dopo di noi;
* Prive o di fragile sostegno familiare.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

L’utente individuato nella presente scheda, informato sull’utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Consorzio Sociale Ri1 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Info

|  |  |
| --- | --- |
| * SI | * NO |

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori

Data, ………………………….. FIRMA

Allegati:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell’utente e del richiedente;

- Verbale Certificazione Invalidità del beneficiario attestante la patologia.

- Ogni altra certificazione/documentazione utile ai fini della valutazione.