**Allegato A**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**Oggetto: *Avviso Pubblico PER L’INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI DI PROGETTI INDIVIDUALIZZATI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DI CUI ALLA MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” - COMPONENTE 2 - SOTTOCOMPONENTE 1 “SERVIZI SOCIALI, DISABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE” DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) CHE PREVEDE PROGETTUALITÀ PER L’IMPLEMENTAZIONE DI: B) INVESTIMENTO 1.2 -PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITÀ PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (P.N.R.R.) AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 3 AMANTEA CUP: I94H22000110006***

Il/la sottoscritto/a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RICHIEDENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNOME |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DI NASCITA |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUOGO DI NASCITA |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COMUNE DI RESIDENZA |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDIRIZZO |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEFONO |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMAIL |  | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

Di partecipare alla selezione di cui al presente avviso per se stesso o per altro beneficiario di seguito indicato:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BENEFICIARIO (compilare solo se diverso dal richiedente)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COGNOME |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DI NASCITA |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUOGO DI NASCITA |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COMUNE DI RESIDENZA |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDIRIZZO |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEFONO |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMAIL |  | | | | | | | | | | | | | | | |

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, lafalsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigentiin materia,

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/2000:

* Di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell’Avviso Pubblico finalizzato all’individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.2 “Percorsi di autonomia per persone con disabilità”. Avviso 1/2022 PNRR Next Generation EU Missione 5 “Inclusione e coesione” Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore” Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”;
* Di avere un’età compresa tra i 18 e i 64 anni;
* Di avere cittadinanza italiana, cittadinanza comunitaria e/o titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente; cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia esclusi i titolari di visto di breve durata;
* Di godere dei diritti civili e politici. I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria;
* Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere in condizione di disabilità certificata ai sensi art. 3 comma 1 o art. 3 comma 3 della legge 104/92 e/oinvaliditàperunapercentualecertificatasuperioreal45%einpossessodellarelazione conclusiva L. 68/1999 rilasciata dall’INPS (o in fase di ottenimento) o persone occupate apart time come lavoratori disabili o svantaggiati (L. 381/1991);
* Che il proprio stato di famiglia / che lo stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * NOME E COGNOME | * LUOGO E DATA NASCITA | * GRADO PARENTELA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Che il/la beneficiario/avive (spuntare la condizione di pertinenza):
* Da solo/a;
* In un nucleo familiare in presenza di persona di ultra 65 anni;
* In nucleo familiare con altri disabili a carico;
* In un nucleo familiare in presenza di minori;
* In un nucleo senza ulteriori criticità rilevate;
* Che la situazione abitativa del/la beneficiario/a è una delle seguenti (spuntare la condizione di pertinenza):
* Inserimento in struttura residenziale con periodo massimo di permanenza scaduto o in scadenza o in una struttura che prevede limite di permanenza;
* Inserimento in struttura residenziale o progetto Dopo di Noi, per i quali l’uscita può far aumentare l’autonomia;
* Presso il proprio domicilio in struttura abitativa in cui risultano inattuabili interventi di rimozione delle barriere architettoniche e/o introduzione di ausili domotici;
* Presso il proprio domicilio in struttura abitativa ubicata in zona decentrata e difficilmente raggiungibile da servizi pubblici e/o privati;
* Presso il proprio domicilio in struttura abitativa accessibile;
* Di essere a conoscenza che l’Ambito Territoriale Sociale n. 3 Amantea potrà procedere ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese in sede di presentazione della domanda, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e che, in caso di accerti che le dichiarazioni sono mendaci, verrà sospeso il beneficio e verranno applicate le sanzioni come previsto dagli artt. 75-76 del D.P.R. 445/2000;
* Di aver preso visione dell’informativa privacy ai sensi dell’art.13 del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i. e di autorizzare al trattamento dei dati personali quanto previsto e sancito dall’art. 9 dell’Avviso Pubblico.

Alla presente domanda si allegano obbligatoriamente:

1. Certificazione della condizione di disabilità ai sensi dell’art.3 comma 1 o art.3 comma 3 della Legge 104/1992 (accertata secondo le modalità di cui all’art.4)
2. Documento di identità in corso di validità;
3. Attestazione ISEE Socio sanitario
4. Dichiarazione e descrizione degli obiettivi di vita che la persona intende perseguire, condizione attuale e definizione bisogni e necessità (allegata alla presente).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE OBIETTIVI, BISOGNI E NECESSITA’ DA CONSIDERARE NELLA PREDISPOSIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

Il/la Beneficiario/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indennità civile \_\_\_\_\_\_\_\_ %

Indennità di accompagnamento? SI NO

Diagnosi Principale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome del medico curante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* Di svolgere un lavoro? SI NOSe SI, quale?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di seguire un corso di studio? SI NOSe SI, quale?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di essere in possesso di patente di guida? SI NO
* Che la zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto? SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* E’ seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari? SI NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, specificando modalità e tempi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Necessita di assistente/i personale/i per le seguenti attività:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **SI** | **NO** |
| Alzarmi dal letto |  |  |
| Coricarmi |  |  |
| Lavarmi mani e viso |  |  |
| Lavarmi capelli e pettinarmi |  |  |
| Usare i servizi igienici |  |  |
| Igiene intima |  |  |
| Fare il bagno o la doccia |  |  |
| Vestirmi e spogliarmi |  |  |
| Assistenza notturna |  |  |
| Pulire la casa |  |  |
| Riordinare la casa |  |  |
| Fare la spesa o acquisti |  |  |
| Preparare i pasti |  |  |
| Mangiare |  |  |
| Lavare biancheria e stoviglie |  |  |
| Utilizzare strumenti informatici |  |  |
| Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.) |  |  |
| Assistenza per lo studio, lavoro e visite mediche |  |  |
| Utilizzo mezzi pubblici |  |  |
| Scrivere, Leggere e comunicare |  |  |

* Necessita eventualmente dei seguenti ulteriori interventi di supporto:
* Ausili domotici per l’ambiente domestico non previsti dal SSN SI NO
* Spese per l’acquisto di servizi di trasporto SI NO
* Ausili informatici ai fini didattici e lavorativi SI NO
* Specificare, laddove si ritenga necessario, le attività sopra indicate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Attualmente si avvale già dell’aiuto di un assistente personale con spese a suo carico? SI NO Se SI, per quante ore settimanali: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| ad un costo di € \_\_\_\_\_\_ orari lordi nelle ore feriali diurne, a € \_\_\_\_\_\_ orari lordi nelle ore feriali notturne, a € \_\_\_\_\_\_ orari lordi nelle ore festive diurne, a € \_\_\_\_\_\_ orari lordi nelle ore festive notturne, per un totale di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili lordi.
* Indicare quali eventuali altre persone sono coinvolte nella sua assistenza, anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione, per cosa e quanto tempo l’assiste, evidenziando, se presenti, le problematiche che ne derivano:
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile descrivere dettagliatamente i bisogni e/o necessità, gli obiettivi e/o risultati attesi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l’attuazione del progetto (es. ridurre il rischio di istituzionalizzazione, alleviare la famiglia, andare a vivere da solo, con altre personeetc)

BISOGNI

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma beneficiario/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_