

- Per le Misure di residenzialità nella formula dei Gruppi appartamento gestiti da Ente erogatore e delle soluzioni di Housing/Co-Housing, non sono Unità di Offerta standardizzate e devono funzionare ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera b) della l.r. n. 3/2008;

DICHIARA, INOLTRE CHE IL BENEFICIARIO:

In caso di istanza per l'accompagnamento all'autonomia:

- Che per il beneficiario NON sussiste nessuna delle seguenti cause di incompatibilità:
 - Di essere accolto in struttura residenziale della rete sociosanitaria o sociale;
 - Di accedere ai sostegni "supporto alla residenzialità del presente programma";
- Che il beneficiario frequenta un servizio diurno (indicare città ed Ente gestore se ricorre il caso):
 - CDD di _____;
 - CSE di _____;
 - SFA di _____;
- Che il beneficiario accede alle seguenti misure (solo se ricorre il caso):
 - Misura B1 e B2 FNA;
 - PRO.VI. (Progetti Vita Indipendente);
 - Servizio di Assistenza domiciliare (SAD);
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

In caso di istanza per Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento o comunità alloggio "temporanea" con Ente Gestore;

- Che per il beneficiario NON sussiste nessuna delle seguenti cause di incompatibilità:
 - Buono per accompagnamento alla vita indipendente (Misura B2 FNA);
 - Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI);
 - Voucher inclusione disabili;
 - Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD);
 - Sostegno "Voucher accompagnamento all'autonomia" del presente Bando;
- Che il beneficiario frequenta un servizio diurno (indicare città ed Ente gestore se ricorre il caso):
 - CDD di _____;
 - CSE di _____;
 - SFA di _____;
- Che il beneficiario accede alle seguenti misure (solo se ricorre il caso):
 - Assistenza domiciliare integrata (ADI);
 - Sostegno "Ristrutturazione" del presente Bando;

In caso di istanza per il Contributo per il supporto alla residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità;

- Che per il beneficiario NON sussiste nessuna delle seguenti cause di incompatibilità:
 - Voucher inclusione disabili;



- Sostegno “Accompagnamento all’autonomia” del presente Bando;
- Che il beneficiario frequenta un servizio diurno (indicare città ed Ente gestore se ricorre il caso):
 - CDD di _____;
 - CSE di _____;
 - SFA di _____;
- Che il beneficiario accede alle seguenti misure (solo se ricorre il caso):
 - Misura B1 FNA: Buono assistente personale;
 - Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla vita indipendente;
 - Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI);
 - Servizio di Assistenza domiciliare (SAD);
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
 - Sostegno “Canone di locazione/Spese condominiali del presente Bando;
 - Sostegno “Ristrutturazione” del presente Bando;

In caso di Buono mensile per sostenere le esperienze di housing/cohousing;

- Che per il beneficiario NON sussiste nessuna delle seguenti cause di incompatibilità:
 - Voucher inclusione disabili;
 - Sostegno “Accompagnamento all’autonomia” del presente Bando;
- Che il beneficiario frequenta un servizio diurno (indicare città ed Ente gestore se ricorre il caso):
 - CDD di _____;
 - CSE di _____;
 - SFA di _____;
- Che il beneficiario accede alle seguenti misure (solo se ricorre il caso):
 - Misura B1 FNA: Buono assistente personale;
 - Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla vita indipendente;
 - Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI);
 - Servizio di Assistenza domiciliare (SAD);
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
 - Sostegno “Canone di locazione/Spese condominiali del presente Bando;
 - Sostegno “Ristrutturazione” del presente Bando;

In caso di istanza per Interventi di pronto intervento/sollievo;

- Che la persona si trova in situazione di emergenza determinata da:
 - _____
 - _____
 - _____
- Che la condizione di emergenza pregiudica la possibilità di mettere in atto i supporti necessari a garantire la permanenza della persona presso il proprio contesto di vita;



- Che la persona non è inserita gratuitamente presso unità d'offerta socio-sanitarie accreditate;

A TAL FINE ALLEGA PER TUTTE LE MISURE

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza;
- Copia del riconoscimento Gravità Handicap ai sensi L. 104/1992 art. 3 c.3. del beneficiario dell'intervento;
- ISEE ordinario e ristretto solo per la Misura Pronto Intervento, ed ISEE Sociosanitario per tutte le altre Misure come da normativa vigente e in corso di validità per la condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia;

ALLEGA PER LE MISURE SOTTO SPECIFICATE

1. In caso di istanza per residenzialità in gruppo appartamento con ente gestore, o in gruppo appartamento autogestito, o Housing/Co housing:

- Documentazione relativa al contratto e/o ultima busta paga assistente personale, o comunque ciò che comprovi le spese sostenute dai "conviventi" per remunerare il/gli assistente/i personale/i regolarmente assunti o servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni). Per le persone che già sono inserite in tali soluzioni abitative: documentazione relativa agli ultimi interventi svolti o ultima busta paga assistente personale;

2. In caso di istanza per pronto intervento/sollievo:

- Contratto di inserimento;

3. In caso di istanza per Interventi infrastrutturali per canone di locazione e spese condominiali:

- Contratto di locazione ed eventuali patti di suddivisione oneri;
- Spese condominiali preventivo anno corrente ed eventuali patti di suddivisione oneri;

4. In caso di Istanza per interventi infrastrutturali di ristrutturazione:

- Preventivo di spesa degli interventi previsti come dall'Avviso Pubblico/DGR 3404/2020;

DICHIARA

Inoltre, di aver preso visione delle disposizioni e di quanto reso noto nell'Avviso Pubblico relativamente a tutte le Misure messe a Bando, e di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma

