

AVVISO “Dopo di noi” annualità 2016

Riferimenti normativi:

L. 112/2016;
D.M. del 23.11.2016;
DGR 672/2017;

BENEFICIARI E FINALITÀ DEL PROGETTO

Persone con disabilità grave (**riconosciuta dalla L.104/1992 art. 3 co. 3**) prive del sostegno familiare a cui dare la possibilità alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare di intraprendere e/o implementare quelle misure volte all'uscita dal loro nucleo familiare di origine ovvero per la loro deistituzionalizzazione.

SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

Le persone con disabilità interessate o loro familiari o chi ne tuteli gli interessi devono, entro **e non oltre il 26 agosto 2017**, trasmettere al Comune di Ascoli Piceno Protocollo Generale Piazza Arringo n. 1, 63100 la domanda utilizzando l'allegato “B” o “B1 del presente avviso. Altresì è facoltà presentare domanda tramite la seguente e-mail: comune.ascolipiceno@actaliscertymail.it.

L'Ambito Territoriale Sociale XXII procederà alla trasmissione della domanda all'UMEA competente per richiedere la valutazione multidimensionale ai fini della stesura o revisione del Piano personalizzato.

Le domande presentate dopo il termine stabilito non saranno prese in considerazione.

PERCORSO PER ACCEDERE AL PROGETTO:

L'UMEA, in accordo con l'assistente sociale dell'ente capofila dell'ATS o del Comune di residenza, provvede a contattare gli interessati che hanno presentato domanda entro i termini; inoltre qualora sia a conoscenza di situazioni specifiche, può contattare direttamente gli utenti e/o familiari per attivare la procedura di richiesta volta alla valutazione multidimensionale ed alla redazione o revisione del piano personalizzato.

I Piani personalizzati redatti dall'UMEA devono essere trasmessi all'ente capofila dell'ATS e portati al tavolo di concertazione, già appositamente costituito dall'ATS in fase di pubblicizzazione della progettualità in questione.

Tavolo di concertazione

L'ATS convoca il tavolo di concertazione a cui partecipano UMEA, istituzioni locali (a tutti i livelli), persone con disabilità e famiglie coinvolte nel progetto, organizzazioni di rappresentanza dei disabili presenti sul territorio, per decidere di comune accordo le azioni da intraprendere e, nei limiti delle risorse disponibili, predisporre un progetto di Ambito condiviso.

Criteri di ammissione e priorità di accesso:

Nella scelta delle persone da includere nel progetto di Ambito si dovrà tenere conto del criterio della maggiore urgenza ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art. 4 del D.M. del 23.11.2016 nonché delle limitazioni dell'autonomia, dei sostegni che può fornirgli la famiglia, della condizione abitativa ambientale e delle condizioni economiche sue e della famiglia. Allo stesso tempo deve essere garantita la priorità d'accesso:

1. alle 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;
2. alle 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;
3. alle persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'art. 3, comma 4 del D.M. 23.11.2016.

Dalla sede comunale 10 luglio 2017

Il Coordinatore dell'Ambito Territoriale XXII
(dott. Domenico Fanesi)



Allegati:

- 1) modello di domanda redatto dal disabile;
- 2) modello di domanda redatta da terzi;

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

ALL'ENTE CAPOFILA

DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. _____

Via _____

Cap _____ Città _____

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E STUSURA PIANO PERSONALIZZATO
(ai sensi del D.M. del 23.11.2016 e della DGR n. 672/2017)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____ e-mail: _____

CHIEDE

relativamente al progetto sul "Dopo di noi", che venga inoltrata la presente richiesta all'UMEA territorialmente competente ai fini della predisposizione o revisione, di comune accordo con il sottoscritto, del proprio Piano personalizzato redatto secondo le indicazioni di cui alla DGR n. 672/2017.

A tal fine **dichiara**:

- ☐ di essere riconosciuta persona con disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di riconoscimento della condizione di disabilità grave (legge 104/1992) rilasciato dall'INPS.
2. Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data _____

FIRMA

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

ALL'ENTE CAPOFILA

DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. _____

Via _____

Cap _____ Città _____

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E STUSURA PIANO PERSONALIZZATO

(ai sensi del D.M. del 23.11.2016 e della DGR n. 672/2017)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

residente a _____ Via _____ n. _____

in qualità di:

☐ genitore

☐ familiare

☐ esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

CHIEDE

relativamente al progetto sul "Dopo di noi", che venga inoltrata la presente richiesta all'UMEA territorialmente competente ai fini della predisposizione o revisione, di comune accordo con il sottoscritto, del Piano personalizzato del suddetto/a disabile redatto secondo le indicazioni di cui alla DGR n. 672/2017.

A tal fine **dichiara che:**

☐ il sig./sig.ra _____ è stata riconosciuta persona con disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di riconoscimento della condizione di disabilità grave (legge 104/1992) rilasciato dall'INPS.
2. Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data _____

FIRMA
