



All'Ufficio di Piano
Dell'Ambito Sociale di Gallipoli

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DEI BENEFICIARI PER
L'AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO AI PROGETTI INDIVIDUALI RELATIVI ALLA
LINEA DI INVESTIMENTO 1.2 PERCORSI DI

AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA' - MISSIONE 5 "INCLUSIONE E COESIONE",
COMPONENTE 2 DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA NEXT GENERATION EU

LINEA DI INVESTIMENTO 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità"

Il sottoscritto

Cognome _____	Nome _____
Nato/a a _____	Prov. _____ il _____
Codice fiscale _____	
Residente in via/P.za _____	a _____
Recapito Telefonico _____	
Eventuale indirizzo e-mail _____	

In qualità di

- Beneficiario;**
- Genitore/ familiare;**
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del beneficiario;**
(Decreto n. _____ del _____ Tribunale di _____)
- Associazione del Terzo Settore**

DICHIARA DI MANIFESTARE IL PROPRIO INTERESSE PER LA PARTECIPAZIONE
ALL'AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI
DEI PROGETTI INDIVIDUALI RELATIVI ALLA LINEA DI INVESTIMENTO 1.2

PERCORSI DI

AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA' - MISSIONE 5 "INCLUSIONE E
COESIONE", COMPONENTE 2 DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
(PNRR) PER SE' / IN FAVORE DI:



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Codice fiscale _____
Residente in via/P.za _____ a _____
Recapito Telefonico _____

- Definizione e attivazione del progetto individualizzato**-mediante una previa valutazione multidimensionale, effettuata da parte dell'equipe multidisciplinare che in sede du UVM redigerà apposita Svama per la valutazione dei bisogni socio- sanitari e alla progettazione individualizzata;
- Abitazione : adattamento degli spazi , domotica e assistenza a distanza.** I beneficiari , in virtù del proprio progetto personalizzato, saranno avviati al percorso di autonomia abitativa, in gruppo appartamento per un max di n. 3 persone, le quali potranno sperimentare percorsi di autonomia in co-abitazione , e saranno coadiuvate da specifiche professionalità. Gli altri 9 beneficiari avvieranno un percorso di sostegno per l'abitare in autonomia nel proprio domicilio,il quale sarà oggetto di rivalutazione delle condizioni abitative, dotate di soluzioni di domotica;
- Lavoro:** sviluppo delle competenze digitali per le persone con disabilità coinvolte nel progetto e lavoro anche a distanza, al fine di realizzare interventi previsti nei progetti personalizzati per sostenere l'accesso delle persone con disabilità al mercato del lavoro , attraverso:
 - Formazione nel settore delle competenze digitali e fornitura della strumentazione necessaria per lo svolgimento del lavoro da remoto;
 - Azioni di collegamento tra servizi pubblici territoriali (centri per impiego , agenzie formative) funzionali alla realizzazione di tirocini formativi anche in modalità on line.

Il programma personale dovrà comprendere le tre linee di intervento interconnesse tra loro, di cui la prima è propedeutica alle altre due.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 46, 75, 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- **Di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni ;**
- **Di essere residente in uno dei Comuni appartenenti all'Ambito di Gallipoli;**
- **Di essere disponibile ad intraprendere un percorso di cohousing con altre persone con disabilità nel gruppo appartamento organizzato con i migliori sistemi di domotica disponibili sul mercato;**
- **Di essere disponibile ad intraprendere un percorso di formazione ad avviamento al lavoro , sulla base di un progetto personalizzato elaborato dalla équipe multidisciplinare;**



- di essere in accertata condizione di disabilità ai sensi della Legge n. 104/92 art. 3, comma 1 e comma 3;
- Che il beneficiario ha la seguente attestazione ISEE secondo le disposizioni del D.P.C.M. 159/2013 e relativi provvedimenti attuativi di riferimento in corso di validità al momento della presentazione della domanda

γ VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO _____
γ VALORE ATTESTAZIONE ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE _____

- Che il nucleo familiare del beneficiario è composto da:

N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				
5				

- Di aver preso visione dell' "Avviso pubblico finalizzato all'individuazione dei beneficiari del progetto individuale relativo alla linea di investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità- missione 5 "inclusione e coesione", componente 2 del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e che sono posseduti i requisiti richiesti dallo stesso;
- Che il beneficiario acconsente alla valutazione multidimensionale della propria situazione personale, come previsto dall' Avviso pubblico;
- Che il beneficiario si impegna a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, decesso del beneficiario) del diritto di fruizione degli interventi all'Ufficio di Piano;

DICHIARA, INOLTRE CHE (barrare le opzioni corrispondenti)

- di essere in possesso di certificazione di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/1992;
 - di essere in possesso del verbale di valutazione dell'UVM o di averne richiesto l'attivazione alla PUA;
 - di essere mancante di entrambi i genitori , familiari o reti amicali o i cui genitori , per ragioni connesse , in particolare all'età , o 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;
- oppure
- di essere inserito in una struttura residenziale dalle caratteristiche diverse da quelle previste dall'art. 3, c. 4 del DM 26/11/2016 (Gruppi appartamento / Cohousing riproducenti le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e con capacità ricettiva fino a 5 persone) e nello specifico: (indicare la struttura):

_____ di usufruire di altre misure e interventi, nello specifico:

- PRO.V.I. Linea A o B ;
- SAD /ADI
- Frequenza Centro Diurno
- Altro (specificare) _____

DICHIARA altresì



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



- di aver letto e compreso l'Informativa sulla privacy "Informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della gestione del Comune di Gallipoli (Capofila dell'Ambito Sociale di Gallipoli) ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 10 del decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 51" allegata all'Avviso pubblico ed esprime con la firma in calce (o digitale), il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Data e Luogo _____ **Firma** _____

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (Barrare)

- Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente;
- Eventuale verbale di valutazione UVM
- Attestazione ISEE in corso di validità del beneficiario;
- Verbale di invalidità civile;
- Diagnosi specialistica rilasciata dal SSN o altra struttura Sanitaria accreditata;
- Copia fotostatica della certificazione di invalidità rilasciata ASL/INPS
- Copia documentazione di attestazione della tutela/curatela/amministrazione di sostegno per i richiedenti- tutori/curatori/amministratori di sostegno

- Permesso di soggiorno per i richiedenti stranieri in corso di validità;

Luogo e data,

Firma del Richiedente/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno
