

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 41

COMUNI: Partinico ,Balestrate ,Borgetto,Camporeale, Giardinello,Montelepre,San Cipirello, San Giuseppe Jato, Trappeto .

AVVISO PUBBLICO BANDO PROGETTO " DOPO DI NOI"

In attuazione della Legge 112/2016-*Disposizioni in materia di assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare* – la Regione Sicilia attraverso il Decreto Assessoriale 16 ottobre 2017 n° 2727/S5 ha definito i tempi e le modalità per la presentazione delle domande di adesione al Progetto " DOPO DI NOI" da parte degli utenti con disabilità grave privi del sostegno familiare.

TUTTI COLORO CHE, IN POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI, SONO INTERESSATI AD OTTENERE UN CONTRIBUTO (SULLA BASE DELLE AZIONI FINANZIABILI) SONO INVITATI A MANIFESTARE IL PROPRIO INTERESSE PRESENTANDO APPOSITA ISTANZA AL COMUNE DI RESIDENZA.

Le azioni finanziabili

Le misure di intervento attraverso il D.A. n° 2727/S5 con il fondo della legge 112/2016 "Dopo di Noi" dalla Regione Sicilia, e previste dall'art. 5 comma 4 del D.M. del 23/11/2016, sono:

- a) Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare;
- b) Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche: abitazione di origine o gruppi appartamento o soluzioni di co-housing per non più di 5 persone;
- c) Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana, anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale;
- d) In via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa Extra -familiare;
- f) Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità.

I beneficiari

Possono presentare domanda per la valutazione multidimensionale e la stesura del Progetto Personalizzato -ai sensi del D.M. del 23/11/2016 e del D.A. del 16 Ottobre 2017 n 2727/S5- le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare residenti nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario 41 che, alla data della presentazione della domanda, siano in possesso dei seguenti requisiti:

- ✓ età compresa tra i 18 ed i 64 anni;
- ✓ certificazione di handicap grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'art.4 della legge medesima;
- ✓ disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- ✓ prive del sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno genitoriale (art.1 comma 1 D.A.23 novembre 2016).



Come fare la domanda

Le domande devono essere presentate da parte dello stesso beneficiario oppure dalla famiglia o di chi ne garantisce la protezione giuridica al proprio Comune di residenza facente parte del Distretto Socio-Sanitario 41, con allegati i seguenti documenti.

➤ Per tutte le domande:

- documento di identità in corso di validità della persona disabile e di chi presenta la domanda stessa se non coincidente;
- copia del provvedimento di protezione giuridica (nei casi di persone disabili rappresentate da terzi);
- certificazione di disabilità grave (ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'art.4 della medesima legge).

➤ Per le domande relative agli interventi per la realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (punto d delle azioni finanziabili) allegare anche, a seconda della tipologia d'intervento:

- preventivo di spesa per il pagamento degli oneri di acquisto o di ristrutturazione o la messa in opera degli impianti e attrezzature necessarie per il funzionamento degli alloggi medesimi;
- breve relazione tecnica;
- contratto di locazione/atto di proprietà;
- documentazione attestante le spese relative al canone di locazione.

I Comuni si riservano di richiedere ulteriore documentazione eventualmente necessaria.

Le istanze ,per l'accesso ai beneficiari previsti dal presente Avviso,dovranno essere redatte utilizzando i modelli allegati al presente avviso e presentate entro e non oltre il 24.04.2018 con la seguente modalità:

Tramite consegna a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza.

La concessione dell'eventuale beneficio resta subordinata alla valutazione multidimensionale, all'approvazione del progetto redatto dal Distretto e al finanziamento della misura.

Gli Uffici di Servizio Sociale e Segretariato Sociale di ciascun Comune, facente parte del Distretto Socio – Sanitario n 41, restano a disposizione per qualsiasi informazione e/o chiarimento.

Il Coordinatore del Gruppo Piano
(Rag. *Giuseppina Di Marco*)

G. Di Marco

Il Presidente del Comitato dei Sindaci

(Ing. *Maurizio Agnesi*)

M. Agnesi



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 41
COMUNE CAPOFILA
PARTINICO

Richiesta di interventi per persone con disabilità grave e prive
del sostegno familiare
- Legge N.112/2016 - "DOPO DI NOI" - D.A. n.2727/S5 -

DOMANDA PER GLI INTERVENTI INFRASTRUTTURALI (punto D delle azioni finanziabili)
*Interventi infrastrutturali a favore di persone con disabilità grave e prive del sostegno familiare residenti nei
Comuni del Distretto Socio-Sanitario 41 - Legge N. 122/2016 "DOPO DI NOI"*

AL COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Nata/o a _____ il _____ Residente a _____
Via.le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ E-mail _____

In qualità di

- Beneficiario Familiare ADS/Tutore/Rappresentante Legale

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE AFFINCHÉ VENGA REDATTO IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO
PER INTERVENTI INFRASTRUTTURALI in favore di**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via.le/P.zza _____ telefono _____
Codice fiscale _____ E-mail _____

**1) Contributo per acquisto, ristrutturazione, messa a norma di impianti ed attrezzature necessari per il
funzionamento di**

- Gruppo appartamento/Soluzione abitativa in Cohousing di proprietà Enti Pubblici, Privati no Profit, reti
associative di Famiglie
 Abitazione di proprietà della persona disabile grave

2) Contributo per sostenere il pagamento degli oneri di locazione per

- Soluzione abitativa autogestita
 Soluzione abitativa in Cohousing/housing

A tal fine, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della
decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n.
445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che:

- L'abitazione per cui si chiede l'intervento è destinata a persone disabili gravi ai sensi della Legge 104/92
art.3/c.3 residenti nel Comune di _____
- La persona per la quale si chiede il contributo, **disabile grave** ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge
104/92, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge,
 - è regolarmente soggiornante in Italia
 - ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni



- si trova in una delle seguenti condizioni indicate del D.A. n. 2727/S5

- a) grave disabilità, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità,
- b) grave disabilità, i cui genitori (per età o per la propria situazione di disabilità) non sono nelle condizioni di continuare a garantire il sostegno genitoriale,
- c) grave disabilità, inserita in struttura residenziale che non risponde alle caratteristiche della casa familiare

- è in possesso di ISEE di € _____

■ DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA RICHIESTA DI CONTRIBUTO 1)

- Di essere proprietario/a dell'immobile;
- Per lo stesso intervento non sono stati richiesti altri contributi a carico di risorse nazionali/regionali.

■ DICHIARAZIONI RELATIVE ALLA RICHIESTA DI CONTRIBUTO 2)

- Di essere affittuario dell'immobile in soluzione di co-housing
- Di essere l'unico affittuario/a dell'immobile

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento:

ALLEGA

la seguente documentazione in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del dichiarante e del beneficiario (se non coincidenti)
- Provvedimento di protezione giuridica che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile
- Certificazione disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge

(a seconda della tipologia dell'intervento e della situazione individuale)

- Preventivo di spesa per intervento relativo all'acquisto, alla ristrutturazione, alla messa a norma impianti ed attrezzature
- Breve relazione tecnica
- Contratto di locazione/atto di proprietà
- Documentazione attestante le spese relative al canone di locazione

Luogo e Data _____/_____/_____/_____

Firma della/del dichiarante _____



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 41
COMUNE CAPOFILA
PARTINICO

Richiesta di interventi per persone con disabilità grave e prive
del sostegno familiare
- Legge N.112/2016 - "DOPO DI NOI" - D.A. n.2727/S5 -

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS.196/2003.

I dati raccolti con la domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della procedura stessa e per le successive attività istituzionali inerenti l'erogazione del contributo. I dati verranno trattati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dar corso alla valutazione della domanda di assegnazione del beneficio economico, nonché agli adempimenti conseguenti e inerenti alla procedura stessa. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____

Il Responsabile del trattamento è _____ Incaricati del trattamento sono le persone preposte al procedimento individuate nell'ambito dei 9 Comuni facenti parte del Distretto Socio-Sanitario 41 o dallo stesso incaricate. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici e privati, quando ciò è previsto da disposizioni di legge o di regolamento. I dati personali, con esclusione di quelli idonei a rivelare lo stato di salute, potranno essere oggetto di diffusione solo nei casi e nelle forme previste dalla normativa in materia. Le graduatorie approvate dagli organi competenti in esito alla presente procedura, verranno diffuse mediante pubblicazione nelle forme previste dalle norme in materia e attraverso i siti internet dei 9 Comuni del Distretto S.S. 41 nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza. Nell'ambito del procedimento verranno trattati solo i dati sensibili e giudiziari indispensabili per lo svolgimento delle attività istituzionali. L'interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs.196/03 ed in particolare ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, dell'origine dei dati personali, delle modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, nonché l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati. L'interessato ha inoltre diritto:

- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Luogo e Data _____/_____/_____

Firma della/del dichiarante _____

Spazio riservato all'ufficio

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 41 COMUNE CAPOFILA PARTINICO	Richiesta di interventi per persone con disabilità grave e prive del sostegno familiare - Legge N.112/2016 - "DOPO DI NOI" - D.A. n.2727/IS5 -
--	--

DOMANDA PER GLI INTERVENTI GESTIONALI (punti A-B-C-E delle azioni finanziabili)
Interventi gestionali a favore di persone con disabilità grave e prive del sostegno familiare residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario 41 - Legge n. 112/2016 "DOPO DI NOI"

AL COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
 Nata/o a _____ il _____ Residente a _____
 Via/le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ E-mail _____

In qualità di

- Beneficiario
 Familiare
 ADS/Tutore/Rappresentante Legale

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE AFFINCHÉ VENGA REDATTO IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO PER INTERVENTI GESTIONALI in favore di

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
 Via le/P.zza _____ Telefono _____
 Codice fiscale _____ E-mail _____

E PER LA SEGUENTE AZIONE FINANZIABILE (indicare tra le opzioni A, B, C, E quelle che interessano in ordine di preferenza)

- A) Accompagnamento all'autonomia per l'uscita dal nucleo familiare di origine/deistituzionalizzazione, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare
- B) Supporto alla domiciliarità per una delle seguenti soluzioni alloggiative:
- abitazione di origine
 - gruppo appartamento con Ente gestore
 - gruppo appartamento autogestito
 - soluzione in Cohousing con non più di 5 persone
- C) Programmi di accrescimento dello sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia ed una migliore gestione della vita quotidiana, anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale
- E) Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare

A tal fine, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che

La persona per la quale si chiede il contributo, **disabile grave** ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge:

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 41
COMUNE CAPOFILA
PARTINICO

Richiesta di interventi per persone con disabilità grave e
prive del sostegno familiare
- Legge N.112/2016 - "DOPO DI NOI" - D.A. n.2727/S5 -

- è regolarmente soggiornante in Italia
- ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni
- si trova in una delle seguenti condizioni indicate del D.A. n. 2727/S5
 - a) grave disabilità, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità,
 - b) grave disabilità, i cui genitori (per età o per la propria situazione di disabilità) non sono nelle condizioni di continuare a garantire il sostegno genitoriale,
 - c) grave disabilità, inserita in struttura residenziale che non risponde alle caratteristiche della casa familiare
- è in possesso di ISEE di € _____

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento.

ALLEGA

la seguente documentazione in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del dichiarante e del beneficiario (se non coincidenti)
- Provvedimento di protezione giuridica che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile
- Certificazione disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge

Luogo e Data _____ / ____ / ____

Firma della/del dichiarante _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D. LGS.196/2003
I dati raccolti con la domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della procedura stessa e per le successive attività istituzionali inerenti l'erogazione del contributo. I dati verranno trattati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dar corso alla valutazione della domanda di assegnazione del beneficio economico, nonché agli adempimenti conseguenti e inerenti alla procedura stessa. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____, il Responsabile del trattamento è _____, incaricati del trattamento sono le persone preposte al procedimento individuate nell'ambito dei 9 Comuni facenti parte del Distretto Socio-Sanitario 41 o dallo stesso incaricate. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici e privati, quando ciò è previsto da disposizioni di legge o di regolamento. I dati personali, con esclusione di quelli idonei a rivelare lo stato di salute, potranno essere oggetto di diffusione solo nei casi e nelle forme previste dalla normativa in materia. Le graduatorie approvate dagli organi competenti in esito alla presente procedura, verranno diffuse mediante pubblicazione nelle forme previste dalle norme in materia e attraverso i siti internet dei 9 Comuni del Distretto S.S. 41 nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza. Nell'ambito del procedimento verranno trattati solo i dati sensibili e giudiziari indispensabili per lo svolgimento delle attività istituzionali. L'interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs.196/03 ed in particolare ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, dell'origine dei dati personali, delle modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, nonché l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati. L'interessato ha inoltre diritto:
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta

Luogo e Data _____ / ____ / ____

Firma della/del dichiarante _____

Spazio riservato all'ufficio