

Si allega scheda analitica specifica delle misure indicate e per cui si chiede l'attivazione.

Data e luogo _____

Firma _____

Si allega copia documento d'identità in corso di validità

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano territorialmente competente e a Regione Calabria.

L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____



Città di Paola

(Prov. di Cosenza)

SETTORE 1 – ATTIVITA' CULTURALI, SPORTIVE E RICREATIVE – SERVIZI SOCIALI

UFFICIO DI PIANO

AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI PAOLA/CETRARO

ASP COSENZA

Allegato 1 - Scheda analitica specifica Interventi gestionali - Tipologia A

Domanda di accesso al voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia e per una migliore gestione della vita quotidiana.

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 296/2017

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 296/2017 - Allegato B, l'accesso al voucher annuale fino ad € 6.000,00 incrementabile di un valore annuo fino ad € 7.200,00 per consulenza e sostegno alla famiglia) per promuovere percorsi orientati all'acquisizione di livelli di autonomia finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare (o alla deistituzionalizzazione), e a tal fine

DICHIARA

(Barrare le voci che interessano)

- Di non frequentare servizi diurni;
- Di frequentare il servizio diurno: _____;
- Di NON essere beneficiario di assistenza a persone con disabilità (FNA);
- Di NON essere inserito in Unità d'Offerta residenziali (Sociali o Socio-sanitarie);

Di NON essere beneficiario dei sostegni "Supporto alla residenzialità" del presente Programma.

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, territorialmente competente e a Regione Calabria. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti Istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____



Città di Paola

(Prov. di Cosenza)

SETTORE 1- ATTIVITA' CULTURALI, SPORTIVE E RICREATIVE – SERVIZI SOCIALI

UFFICIO DI PIANO

AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI PAOLA/CETRARO

ASP COSENZA

Allegato 2 – Scheda analitica specifica Interventi strutturali – Tipologia B

Domanda di accesso ad azioni idonee a riprodurre e ricercare soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie all'ambiente familiare.

Programma Operativo Regionale "Dopo di Noi" DGR 296/2017

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 296/2017 - Allegato B, l'accesso ai contributi di seguito riportati (si precisa che le due misure sono fra loro compatibili):

- Contributo mensile fino a € 350,00 (trecentocinquanta) per unità abitativa a sostegno del canone di locazione;
- Contributo annuale fino ad un massimo di € 600,00 (seicento) per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali;

e a tal fine

DICHIARA

(Barrare le voci che interessano)

- Di vivere in abitazione autonoma di proprietà e/o in soluzioni di housing/cohousing con altre persone (specificare il numero di persone conviventi);
- Di aver richiesto/ottenuto i sostegni per interventi di ristrutturazione previsti dal presente Programma;
- Di aver richiesto/ottenuto i sostegni per la residenzialità autogestita previsti dal presente Programma;

Di aver richiesto/ottenuto i sostegni per gruppo appartamento-housing/cohousing previsti dal presente Programma.

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano territorialmente competente e a Regione Calabria. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti Istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____



Città di Paola

(Prov. di Cosenza)

SETTORE 1 – ATTIVITA' CULTURALI, SPORTIVE E RICREATIVE – SERVIZI SOCIALI

UFFICIO DI PIANO

AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI PAOLA/CETRARO

ASP COSENZA

Allegato 3 – Scheda analitica specifica Interventi gestionali – Tipologia C
Domanda di accesso alle misure a sostegno della domiciliarità in soluzioni alloggiative.

Programma Operativo Regionale "Dopo di Noi" DGR 296/2017

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ ad
integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 296/2017 – l'accesso ai contributi di seguito riportati:

- C.1 Voucher per sostenere la residenzialità in gruppo appartamento con Ente Gestore;
- C.2 Contributo per sostenere la residenzialità autogestita da persone con disabilità grave;
- C.3 Buono mensile per sostenere le esperienze di housing/cohousing.

e a tal fine

DICHIARA

(Barrare le voci che interessano)

- Che la persona è già inserita in una delle tipologie di residenzialità previste dal presente Programma;
- Che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- La disponibilità dell'abitazione di proprietà della persona/famiglia;

DICHIARA ALTRESI'

Per la misura C.1

- Di non essere beneficiario di assistenza a persone con disabilità (FNA);
- Di non avere in essere interventi legati alle sperimentazioni in materia di Vita indipendente;
- Di non essere titolare di misure straordinarie per la disabilità gravissima;
- Di non beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD);
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma;
- Di non frequentare servizi diurni;
- Di frequentare il servizio diurno di seguito riportato _____.

Per la misura C.2

- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____;
- Di non essere titolare di Misure di Assistenza (FNA - Disabilità Gravissima);
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

Per la misura C.3.:

- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____;
- Di non essere titolare di Misure di Assistenza (FNA - Disabilità Gravissima);
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano territorialmente competente e a Regione Calabria. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____



Città di Paola

(Prov. di Cosenza)

SETTORE 1- ATTIVITA' CULTURALI, SPORTIVE E RICREATIVE – SERVIZI SOCIALI

UFFICIO DI PIANO

AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI PAOLA/CETRARO

ASP COSENZA

ALLEGATO 4 - Scheda analitica interventi strutturali - Tipologia D
Domanda di accesso al contributo per interventi di ristrutturazione dell'abitazione.

Programma Operativo Regionale "Dopo di Noi" DGR 296 del 30.06.2017

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

DICHIARA

Che gli interventi strutturali per cui si richiede contributo si realizzeranno presso (barrare le voci che interessano):

Gruppo appartamento, soluzione abitativa di cohousing/housing:

(specificare di seguito)

- di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei familiari (trust familiari);
- di proprietà dell'Ente pubblico;
- di edilizia popolare;
- di proprietà di Ente privato no profit ONLUS

L'abitazione della persona disabile grave (se in condivisione con altra persona con disabilità grave) messa a disposizione per la realizzazione degli interventi di cui al presente programma.

A tal fine si allega alla presente la documentazione integrativa richiesta.

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, territorialmente competente e a Regione Calabria. L'Informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____

Allegato

Il sottoscritto _____

In qualità di:

- diretto interessato
- familiare
- Legale Rappresentante dell'Ente privato _____
- Legale Rappresentante dell'Ente pubblico _____

DICHIARA

di essere proprietario/titolare dell'appartamento sito a _____
In via _____
Codice catastale _____
di cui si allega planimetria.

- di essere disponibile a costituire vincolo di destinazione d'uso ventennale (a partire dalla data di assegnazione del contributo) in conformità al progetto di utilizzo presentato;
- di non essere beneficiario di ulteriori contributi a carico di risorse regionali/nazionali per la stessa tipologia di intervento;
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla presentazione di specifico progetto nel quale siano esplicitati:

1. il costo complessivo dell'intervento per cui si richiede il contributo declinato nelle seguenti voci: - miglioramenti dell'accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche - miglioramenti della fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche - messa a norma degli impianti (ove possibile corredare con preventivo dettagliato);
2. tempi di attuazione;
3. numero di posti previsti, e nominativi utenza prevista - almeno 2 persone già identificabili ed in possesso dei requisiti di cui alla DGR 296 del 30.6.2017;
4. eventuale crono-programma dei nuovi successivi inserimenti.

Data e luogo _____

Firma _____



Città di Paola

(Prov. di Cosenza)

SETTORE 1- ATTIVITA' CULTURALI, SPORTIVE E RICREATIVE – SERVIZI SOCIALI

UFFICIO DI PIANO

AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI PAOLA/CETRARO

ASP COSENZA

Allegato 5 – Scheda analitica specifica Interventi gestionali – Tipologia E

Domanda di accesso agli interventi di permanenza temporanea – pronto intervento/sollievo (misura E)

Programma Operativo Regionale "Dopo di Noi" DGR 296/2017

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ ad
integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 296/2017 – Allegato B, l'accesso al contributo giornaliero fino ad € 50,00 (cinquanta), per ricovero di pronto intervento, per massimo 60 giorni, per sostenere il costo della retta assistenziale presso (barrare la tipologia che interessa e indicare il nome della realtà/struttura):

- Le tipologie di residenzialità previste dal presente Programma _____
- Comunità Alloggio _____
- Comunità Socio-sanitarie _____
- Residenze Sanitarie per Disabili _____

e a tal fine

DICHIARA

(Barrare le voci che interessano)

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.

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, territorialmente competente e a Regione Calabria. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____



Città di Paola

(Prov. di Cosenza)

SETTORE 1- ATTIVITA' CULTURALI, SPORTIVE E RICREATIVE – SERVIZI SOCIALI

UFFICIO DI PIANO

AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE DI PAOLA/CETRARO

ASP COSENZA

Allegato 5 – Scheda analitica specifica Interventi gestionali – Tipologia E

Domanda di accesso agli interventi di permanenza temporanea - pronto intervento/sollievo (misura E)

Programma Operativo Regionale "Dopo di Noi" DGR 296/2017

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ ad
integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 296/2017 - Allegato B, l'accesso al contributo giornaliero fino ad € 50,00 (cinquanta), per ricovero di pronto intervento, per massimo 60 giorni, per sostenere il costo della retta assistenziale presso (barrare la tipologia che interessa e indicare il nome della realtà/struttura):

- Le tipologie di residenzialità previste dal presente Programma _____
- Comunità Alloggio _____
- Comunità Socio-sanitarie _____
- Residenze Sanitarie per Disabili _____

e a tal fine

DICHIARA

(Barrare le voci che interessano)

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.

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, territorialmente competente e a Regione Calabria. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____