



Provincia Regionale di Enna
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.24
COMUNI DI PIAZZA ARMERINA – BARRAFRANCA – PIETRAPERZIA – AIDONE

AVVISO

PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA INDIPENDENTE PER PERSONE CON DISABILITA'

ANNO 2020-2021

Il Distretto Socio-Sanitario D24 emana il presente avviso al fine di elaborare “Progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità”; giusto D.P.C.M. del 2019 con il quale il Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali ha provveduto all'approvazione ed ammissione al finanziamento di tutti i “Progetti sperimentali in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità” presentati dai Distretti della Regione Sicilia ai sensi del D.D.G. n.41/77 emanato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

FINALITA'

La finalità è quella di sostenere la “Vita Indipendente”, cioè la possibilità, per una persona con disabilità, di autodeterminarsi. Ciò che differenzia l'intervento di Vita Indipendente da altre azioni, è il ruolo svolto dalla persona con disabilità che abbandona la posizione di “oggetto di cura” per diventare “soggetto attivo”.

DESTINATARI E REQUISITI DI AMMISSIBILITA'

I destinatari dei Progetti di Vita Indipendente sono persone adulte con disabilità, residenti in uno dei quattro comuni del distretto (Piazza Armerina, Barrafranca, Pietraperzia e Aidone) di età compresa tra i 18 ed i 64 anni, in possesso della certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 della L. 104/92 e dell'invalidità civile.

Non possono accedere agli interventi le persone con disabilità già beneficiarie di altri contributi pubblici per la vita indipendente, assegni di cura, o progetti del dopo di noi.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Le istanze redatte su apposito modulo fornito dall'Amministrazione comunale devono essere presentate entro e non oltre il 15° giorno dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale del Comune di residenza facente parte del Distretto Socio Sanitario D24, o presso gli uffici di Servizio Sociale in base alla residenza anagrafica del richiedente.

I Comuni del Distretto D24 provvederanno ad accogliere ed istruire, le istanze in base alla residenza anagrafica del richiedente, sottoponendo quelle ritenute ammissibili all'U.V.M.

Le istanze devono essere corredate dalla sotto elencata documentazione:

- 1) Fotocopia del verbale Legge 104/92 art. 3;
- 2) Fotocopia del verbale di invalidità civile;
- 3) Relazione clinica aggiornata, redatta da specialista di struttura pubblica, inerente alla patologia dalla quale si evincono i bisogni della persona con disabilità in termini clinico riabilitativi.
- 4) Dichiarazione sostitutiva sulla natura delle provvidenze percepite dal disabile (inv. Civile, ind. Accompagnamento, eventuali trattamenti di reversibilità, etc) corredata da relativi importi;
- 5) Certificazione relativa all'indicatore della situazione economica equivalente ISEE — socio-sanitario (accesso alle prestazioni socio-sanitarie quali l'assistenza domiciliare per le persone con disabilità/ non autosufficienti) ai sensi del DPCM n. 159/2014 e successive modifiche ed integrazioni;
- 6) Fotocopia di eventuale decreto di tutela, di curatela o amministrazione di sostegno;
- 7) Fotocopia documento di identità del richiedente e della persona con disabilità;
- 8) Autocertificazione del richiedente che attesti che i documenti presentati sono conformi agli originali;
- 9) Accettazione dei criteri di valutazione stabiliti nell'Avviso.

Nell'istanza deve essere indicate l'azione richiesta.

Il reddito non costituisce elemento determinante per l'accesso all'intervento, ma nel caso in cui le richieste dovessero risultare eccedenti le risorse economiche disponibili, si terrà conto dell'ISEE ai soli fini della formulazione di una graduatoria.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Il Progetto sperimentale Personalizzato di Vita Indipendente sarà redatto in maniera congiunta dall' ASP e dal servizio sociale del Comune di residenza, attraverso l'U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale) che definirà il progetto di V.I. nel rispetto dell'autodeterminazione della persona, delle pari opportunità e dell'integrazione.

Il sottoscritto _____
_____ nat_____ a _____ il
_____ residente a _____
in via _____ n. _____ in qualità di _____
della persona con disabilità _____, certificata ai sensi della
legge 104/92, comma 3, nata a _____ residente
a _____ via _____ n. _____
c.f. _____
tel _____
e _____ m _____ a _____ i _____ l _____

CHIEDE

Di essere ammesso al programma di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità , individuando la seguente tipologia di intervento:

- **Assistente personale;**
- **Abitare in autonomia**
- **Inclusione sociale e relazionale** (attività sportive, culturali, relazionali ecc.);
- **Trasporto sociale**
- **Domotica.**

A tal fine, a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare è composto come di seguito indicato:

Nome e cognome	Luogo/Data di nascita	Rapporto di parentela	Professione

di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'accesso al programma sperimentale per la vita indipendente e l'inclusione sociale delle persone con disabilità annualità 2020 - 2021.

Di **non** beneficiare di alcun intervento a carattere socioassistenziale, contributi pubblici per la vita indipendente, assegni di cura, o progetti del dopo di noi.

di beneficiare dei seguenti interventi a carattere socio-assistenziale:

Il sottoscritto **si impegna** a:

- comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante le suddette dichiarazioni;
- collaborare con i servizi territoriali, sociali e sanitari, per la valutazione della propria situazione sociosanitaria e la condivisione di un progetto individuale;

Allega:

- documento di identità in corso di validità;
- certificazione ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992 ss. mm. e ii.;
- relazione medica aggiornata, redatta dal medico specialista di riferimento, inerente la situazione sanitaria complessiva (diagnosi, presenza di ulteriori patologie oltre la principale, ecc.).
Certificazione isee in corso di validità.

A tal fine, a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

Data _____

Firma

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI
D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" - La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti nel presente modulo è finalizzato alla realizzazione delle attività necessarie all'erogazione del servizio, ai fini contabili e statistici. Il trattamento avverrà con l'utilizzo di procedure informatizzate e non, nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza. I dati potranno essere comunicati ad altri Enti pubblici o a soggetti privati nei limiti previsti dalle vigenti leggi e dai regolamenti comunali.

Data _____

Firma _____
