

La Regione Marche, al fine di dare attuazione alla normativa concernente “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare – Dopo di noi” (L. 112/2016), ha adottato il decreto con il quale sono stati stabiliti modalità e tempi per la presentazione dei progetti e per la verifica di utilizzo del fondo statale del “Dopo di noi” (Decreto Dirigente Servizio Politiche Sociale e Sport n. 94 del 26/07/2017).

Tale progettualità è rivolta alle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare, che vogliono intraprendere e/o implementare quelle azioni volte all'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la de istituzionalizzazione.

Pertanto si invitano i destinatari degli interventi (persone con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 riconosciuta con verbale rilasciato dall'INPS, prive di sostegno familiare), loro familiari o chi ne ha la potestà, tutela o amministrazione di sostegno, a presentare, entro il **5 Settembre 2017** presso L'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 24 PIAZZA IV NOVEMBRE, 2 – 63087 COMUNANZA, la richiesta di valutazione multidimensionale e stesura del piano personalizzato, utilizzando la scheda “B” (nel caso il richiedente sia lo stesso disabile) o “B1” (nel caso di domanda presentata da terzi) di cui al DD n. 94/2017.

Per qualsiasi informazione è possibile contattare l'ATS XXIV ai seguenti recapiti:

0736/844379

ats24@unionemontanasibillini.it

Il Coordinatore ATS XXIV

Dott.ssa Giuseppina Concetti

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. 833/2017)

(DA TRASMETTERE ALL'UMEA TERRITORIALMENTE COMPETENTE)

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. 833/2017.

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

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

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. 833/2017)

(DA TRASMETTERE ALL'UMEA TERRITORIALMENTE COMPETENTE)

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, del Piano personalizzato della suddetta persona con disabilità redatto secondo le indicazioni di cui alla DGR n. 833/2017.

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

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).