



## AMBITO BRADANICA MEDIO BASENTO

(Bernalda, Calciano, Garaguso, Grassano, Grottole, Ferrandina, Irsina, Miglionico, Montescaglioso, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra, Tricarico)

### Comune Capofila Irsina

# AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI FINALIZZATI ALLA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE "DOPO DI NOI"

## PROGETTO INDIVIDUALIZZATO DOPO DI NOI

(Beneficiario) Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nato/a il | | | | | | | | | | a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

(Eventuale) Persona di riferimento: Sig. \_\_\_\_\_ in qualità

di \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Istanza presentata il \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_

### OBIETTIVI D'INTERVENTO:

#### A) SOSTEGNO E ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA

- laboratori innovativi per l'accrescimento delle autonomie e delle capacità
- accoglienza in formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti dal DM 23.11.2016 per sperimentare le proprie abilità al di fuori dal contesto d'origine;
- esperienze di soggiorni extrafamiliari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine;

#### B) SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ

- contributo per persone con disabilità che vivono in gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità e si autogestiscono.

- contributo per persone con disabilità che vivono in soluzioni di Cohousing/Housing;
- contributo per residenzialità con ente gestore

**C) PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO**

prevede l'attivazione di interventi per la permanenza temporanea in una soluzione abitativa extrafamiliare per far fronte ad eventuali situazioni di emergenza ( ad es. decesso o ricovero ospedaliero del caregiver familiare, etc).

**Altro**

---

---

---

---

**ASSISTENTE PERSONALE ASSUNTO ( B.1 – B.2 in riferimento all'Avviso Pubblico)**

L'assistente personale \_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto all'INPS con matricola n. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, assunto con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona beneficiaria sopra indicata per n° \_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**IMPEGNI DEL BENEFICIARIO**

Il beneficiario si impegna a:

- I beneficiari così individuati si impegnano a collaborare con l'ufficio sociale comunale mediante: presentazione mensile della documentazione attestante i costi sostenuti;
- Comunicando con autocertificazione tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati;
- Assumono la responsabilità degli impegni previsti a proprio carico;
- Dichiarano la disponibilità alle verifiche da parte dell'ente erogatore sulla realizzazione del progetto per il dopo di noi ammesso al finanziamento.

Il progetto individuale “ Dopo di Noi” è sottoposto a monitoraggio/verifica potrà subire variazioni che andranno valutate dall'UVM e comunicate al Comune Capofila.

**VERIFICA E MONITORAGGIO**

---

---

---

\_\_\_\_\_, lì

Firma Assistente Sociale e/o Psicologo

---

Firma Beneficiario o Figura di riferimento

---