



Città di Reggio Calabria

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

Allegato A1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Oggetto: Avviso Pubblico per l'individuazione di beneficiari per la realizzazione degli interventi di cui alla Missione 5 "Inclusione e Coesione" - Componente 2 - Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" del Piano Nazionale di Ripresa E Resilienza (PNRR) – Investimento 1.2. "Percorsi di Autonomia per Persone con Disabilità" – CUP_H34H33000330006

Il/la sottoscritto/a:

RICHIEDENTE	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO	
TELEFONO	
EMAIL	

CHIEDE



Città di Reggio Calabria

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

Di partecipare alla selezione di cui al presente avviso per se stesso o per altro beneficiario di seguito indicato:

BENEFICIARIO (compilare solo se diverso dal richiedente)	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO	
TELEFONO	
EMAIL	

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia,

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/2000:

- ✓ Di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico finalizzato all'individuazione dei beneficiari del progetto relativo alla linea di investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità". Avviso 1/2022 PNRR Next Generation EU Missione 5 "Inclusione e coesione" Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale";



Città di Reggio Calabria

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

- ✓ Di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- ✓ Di avere cittadinanza italiana, cittadinanza comunitaria e/o titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente; cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia esclusi i titolari di visto di breve durata;
- ✓ Di godere dei diritti civili e politici. I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria;
- ✓ Di essere residente nel Comune di Reggio Calabria;
- ✓ Di essere in condizione di disabilità (fisico-motoria, psichico-cognitiva. Psichiatrica e pluri disabilità) ai sensi della legge 104/1992, di cui all'art. 3 comma 3 o art. 3 comma 1 (accertata nelle modalità indicate dall'art.4 della medesima legge);
- ✓ Che il proprio stato di famiglia / che lo stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA NASCITA	GRADO PARENTELA



Città di Reggio Calabria

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

- ✓ Che il/la beneficiario/a vive (spuntare la condizione di pertinenza):
 - Da solo/a;
 - In un nucleo familiare in presenza di persona di ultra 65 anni;
 - In nucleo familiare con altri disabili a carico;
 - In un nucleo familiare in presenza di minori;
 - In un nucleo senza ulteriori criticità rilevate;

- ✓ Che la situazione abitativa del/la beneficiario/a è una delle seguenti (spuntare la condizione di pertinenza):
 - Inserimento in struttura residenziale con periodo massimo di permanenza scaduto o in scadenza o in una struttura che prevede limite di permanenza;
 - Inserimento in struttura residenziale o progetto Dopo di Noi, per i quali l'uscita può far aumentare l'autonomia;
 - Presso il proprio domicilio in struttura abitativa in cui risultano inattuabili interventi di rimozione delle barriere architettoniche e/o introduzione di ausili domotici;
 - Presso il proprio domicilio in struttura abitativa ubicata in zona decentrata e difficilmente raggiungibile da servizi pubblici e/o privati;
 - Presso il proprio domicilio in struttura abitativa accessibile;

- ✓ Di essere a conoscenza che il Comune di Reggio Calabria potrà procedere ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese in sede di presentazione della domanda, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e che, in caso di accertati che le dichiarazioni sono mendaci, verrà sospeso il beneficio e verranno applicate le sanzioni come previsto dagli artt. 75-76 del D.P.R. 445/2000;

- ✓ Di aver preso visione dell'informativa privacy ai sensi dell'art.13 del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i. e di autorizzare al trattamento dei dati personali quanto previsto e sancito dall'art. 9 dell'Avviso Pubblico.



Città di **Reggio Calabria**

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

Alla presente domanda si allegano obbligatoriamente:

1. Certificazione della condizione di disabilità ai sensi dell'art.3 comma 1 o art.3 comma 3 della Legge 104/1992 (accertata secondo le modalità di cui all'art.4)
2. Documento di identità in corso di validità;
3. Attestazione ISEE Socio sanitario
4. Dichiarazione e descrizione degli obiettivi di vita che la persona intende perseguire, condizione attuale e definizione bisogni e necessità (allegata alla presente).

Reggio Calabria, ___/___/_____

Firma



Città di Reggio Calabria

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

DICHIARAZIONE OBIETTIVI, BISOGNI E NECESSITA' DA CONSIDERARE NELLA PREDISPOSIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Il/la Beneficiario/a (nome e cognome) _____

Indennità civile _____ %

Indennità di accompagnamento? SI NO

Diagnosi Principale

Altre patologie presenti _____

Cognome e nome del medico curante _____

DICHIARA

- Di svolgere un lavoro? SI NO Se SI, quale?

- Di seguire un corso di studio? SI NO Se SI, quale?



Città di Reggio Calabria

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

- Di essere in possesso di patente di guida? SI NO
- Che la zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto? SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche

- E' seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari? SI NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, specificando modalità e tempi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.).

- Necessita di assistente/i personale/i per le seguenti attività:

ATTIVITA'	SI	NO
Alzarmi dal letto		
Coricarmi		
Lavarmi mani e viso		
Lavarmi capelli e pettinarmi		



Città di Reggio Calabria

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

Usare i servizi igienici		
Igiene intima		
Fare il bagno o la doccia		
Vestirmi e spogliarmi		
Assistenza notturna		
Pulire la casa		
Riordinare la casa		
Fare la spesa o acquisti		
Preparare i pasti		
Mangiare		
Lavare biancheria e stoviglie		
Utilizzare strumenti informatici		
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.)		
Assistenza per lo studio, lavoro e visite mediche		
Utilizzo mezzi pubblici		
Scrivere, Leggere e comunicare		

- Necessita eventualmente dei seguenti ulteriori interventi di supporto:
 - ✓ Ausili domotici per l'ambiente domestico non previsti dal SSN SI NO
 - ✓ Spese per l'acquisto di servizi di trasporto SI NO



Città di Reggio Calabria

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

- ✓ Ausili informatici ai fini didattici e lavorativi SI NO

Specificare, laddove si ritenga necessario, le attività sopra indicate:

- Attualmente si avvale già dell'aiuto di un assistente personale con spese a suo carico? SI NO
Se SI, per quante ore settimanali: |__|__|__| ad un costo di € _____ orari lordi nelle ore feriali diurne, a € _____ orari lordi nelle ore feriali notturne, a € _____ orari lordi nelle ore festive diurne, a € _____ orari lordi nelle ore festive notturne, per un totale di € _____ mensili lordi.
- Indicare quali eventuali altre persone sono coinvolte nella sua assistenza, anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione, per cosa e quanto tempo l'assiste, evidenziando, se presenti, le problematiche che ne derivano:

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile descrivere dettagliatamente i bisogni e/o necessità, gli obiettivi e/o risultati attesi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto (es. ridurre il rischio di istituzionalizzazione, alleviare la famiglia, andare a vivere da solo, con altre persone etc)

BISOGNI



Città di Reggio Calabria

Indirizzo

Ce.Dir. Corpo H piano I Via S. Anna Il Tronco



0965 3622130



servizisociali@reggiocal.it

protocollo@pec.reggiocal.it

WELFARE

OBIETTIVI

RISULTATI ATTESI

Reggio Calabria, ___ / ___ / _____

Firma beneficiario/a
