



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
