

Autocertificazione Requisiti Minimi

ai fini della richiesta di valutazione multidimensionale e stesura progetto personalizzato
(ai sensi del D.M. del 23.11.2016 e della DGR n. 6674/2017)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- che il beneficiario è in possesso dei requisiti minimi di accesso al contributo in oggetto, ed in particolare

DICHIARA

- che la disabilità grave di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità disabilità;
- di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- di essere residente nel Comune di _____ nell'Ambito Distrettuale Cremasco;
- (facoltativo) di avere un ISEE pari a _____
- di avere un'età di _____;
- di essere privo del sostegno familiare in quanto (*segnare con una croce nell'apposito spazio*):
- mancante di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
- di presentare una situazione di gravità tale da rendersi necessaria una valutazione multidimensionale appropriata che comprenda il contributo degli operatori impegnati nel sostegno diretto alla persona ai sensi di quanto previsto dal Decreto Regionale 8196/2017
- di non essere beneficiario di misure previste dalla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione delle persone con disabilità realizzata dagli Ambiti Territoriali Sociali con fondi trasferiti alla Regione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, né delle azioni previste dai Programmi Regionali FNA
- di frequentare:
- il Centro Socio Educativo (CSE) _____
 - il Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA) _____
 - il Centro Diurno Disabili (CDD) _____
- di beneficiare delle seguenti misure:
- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare
 - Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
 - Misura Reddito di autonomia disabili
 - Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali(RSD;CA;CSS) specificare _____
 - Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

- Sostegni inerenti le misure “dopo di noi”
specificare _____
- altro (specificare) _____

Dichiara altresì di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l’Ambito Distrettuale, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l’assenza di requisiti o l’errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all’autorità giudiziaria;

Luogo _____, lì _____

Firma _____