ALLEGATO B

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO "OLTRECANTO"

"Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri - Ministro per la disabilità"

Al Consorzio per la realizzazione
del Sistema Integrato di Welfare
dell'Ambito Territoriale Sociale BR4

Oggetto: Domanda di partecipazione alla procedura di individuazione e selezione dei beneficiari del progetto "OltreCanto"

Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ **il:** _____

Codice fiscale: _____

Residente nel Comune di: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____ **E-mail:** _____

Documento di identità: _____

in qualità di:

☐ Interessato/a

☐ Genitore

☐ Tutore

☐ Amministratore di sostegno

☐ Familiare/caregiver

☐ Altro (specificare): _____

del/della sig./sig.ra _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione per la partecipazione al progetto "OltreCanto", CUP D29I26000270002, finanziato nell'ambito del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, rivolto a persone

con disabilità, anziani non autosufficienti e relativi caregiver familiari residenti nel territorio dell'Ambito Territoriale Sociale BR4.

1. Area di candidatura

Il/La richiedente presenta domanda per la seguente area:

☐ **Area A – Persone con disabilità**

☐ **Area B – Anziani non autosufficienti**

☐ **Area C – Caregiver familiari**, in relazione alla partecipazione alle attività di sostegno e accompagnamento previste dal progetto.

La candidatura del caregiver è collegata alla condizione della persona assistita e non costituisce, di per sé, una candidatura autonoma ai posti destinati alle persone con disabilità o agli anziani non autosufficienti.

2. Informazioni sulla condizione personale e familiare

Condizione della persona interessata:

☐ Disabilità certificata ai sensi della Legge 104/1992

☐ Condizione di non autosufficienza

☐ Invalidità civile

☐ Altro (specificare): _____

Descrizione sintetica della situazione personale e assistenziale:

_____

_____

_____

La persona necessita di supporto nelle seguenti attività?

☐ Cura della persona

☐ Mobilità e spostamenti

☐ Gestione delle attività domestiche

☐ Gestione delle attività quotidiane

☐ Relazioni sociali e partecipazione alla vita comunitaria

☐ Organizzazione e gestione delle pratiche amministrative

☐ Altro: _____

Presenza di un caregiver familiare:

☐ Sì

☐ No

In caso affermativo, indicare il rapporto di parentela o relazione:

La persona vive:

☐ Da sola

☐ Con il coniuge/partner

☐ Con figli o altri familiari

☐ In altra situazione: _____

3. Situazione economica

ISEE ordinario o sociosanitario in corso di validità:

☐ Fino a € 6.000

☐ Da € 6.000,01 a € 10.000

☐ Da € 10.000,01 a € 15.000

☐ Da € 15.000,01 a € 20.000

☐ Oltre € 20.000

☐ Non disponibile / non presentato

Valore ISEE: € _____

4. Attività di interesse

Indicare le attività del progetto alle quali si è interessati. La selezione non comporta l'automatica assegnazione a tutte le attività indicate, che saranno definite sulla base della valutazione dei bisogni e del progetto individualizzato.

☐ Sportello di prossimità, accoglienza e orientamento

☐ Sostegno psicologico e sociale

☐ Gruppi di sostegno e auto-mutuo-aiuto per caregiver

☐ Laboratorio corale “Voci dell’Autonomia”

☐ Arteterapia e attività laboratoriali

☐ Servizi domiciliari di sollievo e prossimità familiare

☐ Accompagnamento e trasporto sociale

☐ Stimolazione cognitiva e mantenimento delle autonomie

☐ Attività di nutrizione, educazione alimentare e cucina

☐ Turismo sociale e attività inclusive

☐ Yoga adattato e attività per il benessere

☐ Laboratori di autonomia personale, domestica e sociale

☐ Formazione e informazione per caregiver

☐ Orientamento e assistenza legale

☐ Segretariato sociale e assistenza amministrativa

☐ Altro: _____

5. Dichiarazioni

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità previste dalla normativa vigente in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di essere residente in uno dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale BR4;
- che le informazioni riportate nella presente domanda corrispondono al vero;
- di essere informato/a che la partecipazione al progetto è subordinata alla verifica dei requisiti e alla valutazione delle domande pervenute;
- di essere consapevole che l'eventuale ammissione non comporta automaticamente l'accesso a tutte le attività, le quali saranno individuate in relazione ai bisogni e alle caratteristiche della persona;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni della propria situazione personale, familiare o assistenziale.

6. Documentazione allegata

☐ Copia del documento di identità del richiedente

☐ Copia del documento di identità della persona interessata, se diversa dal richiedente

☐ Codice fiscale della persona interessata

☐ Certificazione attestante la condizione di disabilità e/o non autosufficienza, ove disponibile e pertinente

☐ Verbale di riconoscimento della Legge 104/1992, ove disponibile

☐ Documentazione sanitaria o sociale utile alla valutazione del bisogno, nei limiti di quanto necessario

☐ Attestazione ISEE in corso di validità, se disponibile

☐ Documentazione attestante la rappresentanza legale, ove ricorra il caso

☐ Altra documentazione utile: _____

7. Informativa e consenso al trattamento dei dati

La/Il sottoscritta/o dichiara di aver preso visione della clausola "Trattamento dei dati personali" presente nell'Avviso pubblico e dell'informativa sul trattamento dei dati personali completa sul sito web del Consorzio ATS BR4 (titolare del trattamento, con sede in Via E. Santacesaria, 7 - Mesagne (BR), Telefono 0831.779207, PEC: consorzio@pec.ambitomesagne.it, Email: info@ambitomesagne.it) e di essere informata/o che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della

richiesta o del procedimento amministrativo per il quale il presente documento viene compilato. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Consorzio, nonché per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (o connesso all'esercizio di pubblici poteri) e per motivi di interesse pubblico rilevante. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici o privati che per legge o regolamento sono tenuti a conoscerli o possono conoscerli e saranno trattati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto del Consorzio). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare il Consorzio ai recapiti sopra indicati o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (e-mail: privacy@liquidlaw.it).

Data _____

Firma del richiedente

Firma dell'eventuale rappresentante legale
