

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.7479/2021)

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 3404/2020

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

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, 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, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;

Luogo _____, lì _____