

Autocertificazione Requisiti Minimi

Ai fini della richiesta di valutazione multidimensionale e stesura progetto personalizzato
(ai sensi del D.M. 23/11/2016 E DELLA D.G.R. N. XI/4749/2021)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti, e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- che il beneficiario è in possesso dei requisiti minimi previsti dal contributo in oggetto, e in particolare:

DICHIARA

- che la disabilità grave di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità,
- di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992,
- di essere residente nel Comune di _____ dell'Ambito Territoriale Destra Secchia,
- di avere un'ISEE socio sanitario 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 genitoriale*
- 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 n. 4749/2021,
- di frequentare:
 - il Centro Socio Educativo - C.S.E. _____

- ☐ il Servizio di Formazione all'Autonomia – S.F.A. _____
- ☐ il Centro Diurno Disabili – C.D.D. _____
- ☐ 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 _____

Firma
