Allegato. n. 4

All’ATS di Campobasso

**MODULO PER ENTI DEL TERZO SETTORE PER PROGETTI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA FNA 2022 - 2024**

***Programma Regionale Non Autosufficienza***

***D.G.R. n. 131 del 21/04/2023***

***D.G.R.*  n. 414 del 28/12/2023**

Il /la sottoscritto/a

cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contatto telefonico. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

C.F.

**in qualità di**

Legale rappresentante dell’Ente del Terzo Settore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ P.IVA/C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al Programma Regionale per la non Autosufficienza 2022- 2024 – Annualità 2022, a tal fine, ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

1. Che il progetto candidato è denominato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Che il costo complessivo del progetto è pari a\_\_\_\_\_\_ euro (ossia \_\_\_\_ euro/mese per singolo beneficiario fino al 31/12/2024);
3. Che il progetto è rivolto in favore di persone con disabilità grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 Legge 104/1992.
4. Che il progetto è rivolto in favore delle seguenti persone (aggiungere righe se necessario):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome e Nome** | **Data di nascita** | **Comune di residenza** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |

**ALL’UOPO RICHIEDE**

*(barrare la casella)*

□ **Servizi Sociali di Sollievo**

L’intervento prevede l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali con la frequenza di Centri Diurni e/o Centri Socio-educativi presenti sul territorio regionale, finalizzata a garantire il mantenimento e il potenziamento delle capacità residue ed all’acquisizione di maggiori livelli di autonomia di persone con grave disabilità che hanno terminato il percorso scolastico.

**DICHIARA ALTRESI’**

1. di essere a conoscenza che l’ATS di Campobasso, per il tramite dell’Ufficio di Piano, ai sensi dell’art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l’eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
2. di essere a conoscenza che l’ATS di Campobasso, per il tramite dell’Ufficio di Piano e/o dell’assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

**SI ALLEGANO**

**(a pena di esclusione)**

**□** **Copia di un documento di identità del legale rappresentante;**

**□ Statuto e atto costitutivo;**

**□ Modello schema progettuale in favore di persone con disabilità grave** (*come di seguito riportato*);

**□ Verbale/i della certificazione di disabilità riconosciuta (Art. 3 comma 3 Legge 104/1992) delle persone inserite nel progetto;**

**□ Copia dei curricula del Legale Rappresentante e del Responsabile Tecnico.**

**Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***MODELLO SCHEDA PROGETTUALE***

**1) TITOLO PROGETTO;**

**2) ELENCO DEI BENEFICIARI;**

**3) BREVE DESCRIZIONE DELLA DISABILITA’ DEI BENEFICIARI E DELLA LORO STORIA IN RELAZIONE ALLA DISABILITA’;**

1. **OBIETTIVI PREVISTI DAL PROGETTO;**
2. **ATTIVITA’ ED INTERVENTI PREVISTI;**
3. **SPECIFICARE SE ATTIVITA’ ED INTERVENTI SONO GIA’ STATI SPERIMENTATI O SE SONO INNOVATIVI PER LA STORIA DEI BENEFICIARI;**
4. **SPECIFICARE IL TIPO DI COINVOLGIMENTO DEI GENITORI, DEGLI INSEGNANTI, DEI MEDICI DI RIFERIMENTO E/O ALTRE FIGURE NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO;**
5. **COSTI DEL PROGETTO DETTAGLIATI E PRECISATI PER MENSILITA’ PRECISANDO IL TOTALE:**

* **COSTI DEL PERSONALE E GESTIONALI**
* **COSTI DEI MATERIALI, UTENZE, SERVIZI, ECC.**

**- TOTALE SPESA MENSILE PREVISTA**

**- TOTALE SPESA ANNUALE PREVISTA**

**DATA E FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**