

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Al servizio sociale

Comune di _____

OGGETTO:

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE CON
DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (DGR 289 /2023)**

Il/la sottoscritta (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ prov _____ il _____

Residente nel comune di _____ prov _____

Via/piazza _____ n. _____ cap _____

Indirizzo di domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____

Recapito telefonico _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

Codice Fiscale _____

In qualità di

Diretto beneficiario

Caregiver (grado di parentela rispetto al beneficiario) _____

Tutore/ADS (Decreto del Tribunale di _____ n. _____)

Altro (specificare) _____

CHIEDE IN FAVORE DI

Nome e cognome beneficiario _____

Nato a _____ prov _____ il _____

Residente nel comune di _____ prov _____

Via/piazza _____ n. _____ cap _____

Tel _____ cell _____

Indirizzo e- mail _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) comune di _____

Via/piazza _____ n. _____ cap _____

Codice Fiscale _____

L'ATTIVAZIONE DEI SEGUENTI INTERVENTI (**barrare massimo due preferenze**):

1. () **Interventi di assistenza sociosanitaria previsti dalle linee guida sul trattamento di disturbi dello spettro autistico dell'Istituto di sanità (in caso di scelta dell'intervento n. 1 compilare l'Allegato modello A):** erogazione di un contributo economico in favore di minori nello spettro autistico, dal dodicesimo anno compiuto fino al diciottesimo non compiuto che si avvalgono di trattamenti e programmi psicologici e comportamentali strutturati (ABA, EIBI, ESDM) e programmi educativi (TEACCH), nonché di altri trattamenti con evidenza scientifica, riconosciuta, mirati a promuovere lo sviluppo cognitivo, sociale e comunicativo. I suddetti trattamenti e programmi sono erogati da **professionisti con competenza ed esperienza** nell'ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico **iscritti all'Elenco Regionale al 31/12/2022** approvato dalla Regione Lazio con Determina 23 maggio 2023, n. G 07048.
2. () **Percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni:** gli interventi si pongono l'obiettivo di supportare ed accompagnare la persona nelle esperienze di socializzazione e coinvolgimento relazionale, partecipazione sociale e sportiva, attraverso la figura dell'educatore professionale. Le attività saranno svolte in contesti di gruppo o individuali e saranno finalizzate ad aumentare le abilità e le capacità comunicative e di socializzazione del soggetto nel tempo libero. Nello specifico, le attività e gli interventi scelti saranno concordati in sede di UVM ed inseriti nel PAI, in base agli obiettivi concordati con la famiglia del soggetto beneficiario e saranno rivolte ad un massimo di n. 5 beneficiari tra i 13 ed i 21 anni

3. () **Progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno dedicati agli adulti ad alto funzionamento:** tali interventi sono rivolti ad un massimo di n. 8 giovani adulti ad alto funzionamento; sono finalizzati all'inclusione, la partecipazione sociale, la fruizione del tempo libero in modo particolare secondo le inclinazioni ed i desideri della persona con ASD. Ogni singolo progetto, descritto e condiviso con la famiglia e con l'interessato in sede di UVM, ha l'obiettivo di facilitare l'accesso e la partecipazione alle attività (sport, momenti ludico-ricreativi, uscite sul territorio) attraverso la figura di un tutor.
4. () **Progetti che si rivolgono al Terzo Settore finalizzati a favorire l'inclusione attraverso attività sociali:** tali interventi saranno attivati dall'Ente Gestore che si occuperà di organizzare spazi di sollievo e svago coinvolgendo i diretti beneficiari in attività ludiche, sportive, culturali anche attraverso la partecipazione delle famiglie in weekend di sollievo e spazi educativi volti ad approfondire le tematiche concernenti la disabilità e l'autismo con l'intento di facilitare i rapporti tra le famiglie attraverso spazi di condivisione. L'intervento sarà attivato ad un massimo di n.7 beneficiari nella fascia di età 25-45 anni.
5. () **Progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa:** tali interventi saranno attivati in favore di massimo n. 10 beneficiari tra i 20 ed i 40 anni che abbiano terminato il II ciclo di istruzione. I percorsi prevederanno la partecipazione della persona a tirocini per la riabilitazione e per l'inclusione sociale di cui alla DGR 511/2013 ed extracurricolari di cui alla DGR 576/2019, volti a favorire l'occupabilità del beneficiario e corsi di formazione ed avvicinamento al lavoro, attraverso forme di tutoraggio ed accompagnamento alla frequenza.
6. () **Interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico:** le attività sono rivolte in particolare alle famiglie di persone con ASD, al loro sostegno e all' inclusione, con l'obiettivo di favorire la conoscenza dei servizi del territorio, orientare sulla loro fruizione fornendo anche forme di supporto psicologico di gruppo o individuale.

DICHIARA

LA PROPRIA CONDIZIONE SOCIO-FAMILIARE, ECONOMICA E DEI SERVIZI ATTIVI

Si prega di indicare la condizione corrispondente al proprio stato:

A. SERVIZI ATTIVI (Max 20 punti):

- Nessun servizio svolto
- Servizio Max una volta a settimana (specificare la tipologia)

- Servizio Max due volte a settimana (specificare la tipologia)

- Servizio Max tre volte a settimana (specificare la tipologia)

- Servizio oltre le tre volte a settimana (specificare la tipologia)

B. CONDIZIONE SOCIO-FAMILIARE del Beneficiario (Max 30 punti):

- nucleo monogenitoriale
- convivenza con altro familiare (diverso dai genitori)
- presenza di più di un figlio affetto da spettro autistico o da altre disabilità

C. CONDIZIONE ECONOMICA NUCLEO FAMILIARE

- VALORE ISEE (0€ - 8.000€)
- VALORE ISEE (8.000,01€ - 15.000€)
- VALORE ISEE (15.000,01€ - 20.000 €)
- VALORE ISEE (20.000,01€ - 25.000 €)
- VALORE ISEE (25.000,01€ -30.000 €)
- VALORE ISEE (€ 30.000,01 e oltre)

D. DICHIARAZIONE STATO DI FAMIGLIA

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

CHIEDE DI

essere ammesso agli interventi previsti rivolti a persone con disturbo dello spettro autistico, che saranno valutati in sede di UVM.

SI DICHIARA CONSAPEVOLE

delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, non ché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione del l'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

ALLEGA

i seguenti documenti:

1. Certificazione del Disturbo dello spettro autistico rilasciata dal Servizio Sanitario Specialistico;
2. Attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare o ristretto del diretto beneficiario in corso di validità
3. Documento di identità del richiedente e del beneficiario
4. (Modello A) “*Richiesta di contributo economico per famiglie con figli con disturbo dello spettro autistico (12-18 anni)*” Solo se viene specificata come preferenza l'intervento n. 1
5. (Modello B) Informativa Privacy

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
