



---

## ALLEGATO 2

### AUTODICHIARAZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO AL PERCORSO

---

#### BANDO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI N. 34 DESTINATARI DEL PROGETTO "CARE FAMILY FIRST" (CUP C31H18000050006)

pubblicato il 12/10/2018

---

#### REGIONE ABRUZZO

*Dipartimento Politiche per la Salute e il Welfare  
Servizio per il Benessere Sociale*

**Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020  
Obiettivo "Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione"**

*Asse 2 Inclusion Sociale – Obiettivo tematico 9 Inclusion sociale e lotta alla povertà – Priorità d'investimento: 9i  
Inclusion attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità –  
Obiettivo specifico: 9.1 Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale –  
Tipologia di azione 9.1.2 Servizi sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone  
particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione*

#### PIANO OPERATIVO 2017-2019

INTERVENTO 23

AVVISO PUBBLICO

### "ABRUZZO CAREFAMILY"

---

**Associazione Temporanea di Scopo**

**AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 21 "VAL VIBRATA"  
UNIONE DI COMUNI "CITTÀ TERRITORIO VAL VIBRATA" – ECAD N. 21 "VIBRATA"**

**AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 20 "TERAMO"  
COMUNE DI TERAMO**

**CONSORZIO FUTURA  
SOC. COOP. SOCIALE**

**AMFORA S.R.L.  
AZIENDA DI MANAGEMENT FORMAZIONE ORIENTAMENTO  
DELLA REGIONE ABRUZZO**

**EVENTITALIA S.C.A.R.L.**

---



**Allegato 2**  
Spett.le ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI SCOPO

**OGGETTO: Bando pubblico per la selezione di n. 34 destinatari del progetto "Care Family First" (CUP C31H18000050006). Allegato 2 - Autodichiarazione dei requisiti di accesso al percorso**

La/il sottoscritto

Cognome			
Nome			
Luogo e data di nascita			
Indirizzo di residenza <sup>1</sup>	Via/piazza	N. civico	
	C.a.p.	Città	Prov.
Codice fiscale			
N. telefono			
N. cellulare			
Recapito e-mail			

ai fini della partecipazione alla selezione di n. 34 destinatari del progetto "Care Family First" (CUP C31H18000050006)

**DICHIARA**

**ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false o reticenti,  
(barrare le voci di interesse)**

<input type="checkbox"/> di essere individuo componente di nucleo familiare multiproblematico in situazione di povertà, grave privazione o a forte rischio di discriminazione ed esclusione sociale, ovvero di essere individuo componente nucleo familiare avente all'interno bambini e/o adolescenti e/o anziani e/o soggetti non autosufficienti;
<input type="checkbox"/> che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ <sup>2</sup> componenti di cui: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> n. minori: _____<sup>3</sup>;</li> <li><input type="checkbox"/> n. disabili (L. 104/92): _____<sup>4</sup>;</li> <li><input type="checkbox"/> n. persone affette da gravissima disabilità (certificata) che hanno bisogno del monitoraggio e del</li> </ul>

<sup>1</sup> Nel caso di soggetto senza fissa dimora indicare l'indirizzo di domicilio del Candidato;

<sup>2</sup> Indicare il numero di componenti del nucleo familiare;

<sup>3</sup> Indicare il numero di componenti minori appartenenti al nucleo familiare (se presenti);

<sup>4</sup> Indicare il numero di componenti disabili (L.104/92) appartenenti al nucleo familiare (se presenti);



## Allegato 2

mantenimento costante delle funzioni vitali: \_\_\_\_\_<sup>5</sup>;

di essere residente nel comprensorio del seguente Ambito Distrettuale Sociale:

- Ambito Distrettuale Sociale n. 21 – Val Vibrata;
- Ambito Distrettuale Sociale n. 20 – Teramo;

*ovvero*

di essere soggetto senza fissa dimora domiciliato nel comprensorio del seguente Ambito Distrettuale Sociale:

- Ambito Distrettuale Sociale n. 21 – Val Vibrata;
- Ambito Distrettuale Sociale n. 20 – Teramo;

di essere utente dei Servizi sociali professionali, alla data di pubblicazione del presente Bando di selezione, del seguente Ambito Distrettuale Sociale:

- Ambito Distrettuale Sociale n. 21 – Val Vibrata;
- Ambito Distrettuale Sociale n. 20 – Teramo;

*ovvero*

di essere nuovo richiedente<sup>6</sup> dei Servizi sociali professionali del seguente Ambito Distrettuale Sociale:

- Ambito Distrettuale Sociale n. 21 – Val Vibrata;
- Ambito Distrettuale Sociale n. 20 – Teramo;

di essere in situazione di povertà certificata da ISEE inferiore a € 6.000,00<sup>7</sup>;

di essere in condizione di disoccupazione o inoccupazione ai sensi del D.Lsg. 150/2015;

di appartenere ad almeno una delle seguenti tipologie di svantaggio (*indicare tutte le categorie di svantaggio alle quali il richiedente appartiene*):

over 45 anni, di \_\_\_\_\_<sup>8</sup> anni;

senza fissa dimora;

migranti, partecipanti di origine straniera, minoranze (comprese le comunità emarginate quali i Rom);

soggetti con disabilità non inseriti nelle convenzioni del collocamento mirato ai sensi dell'art. 1, comma 1, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68;

<sup>5</sup> Indicare il numero di componenti affetti da gravissima disabilità (certificata) che hanno bisogno del monitoraggio e del mantenimento costante delle funzioni vitali nucleo familiare (se presenti);

<sup>6</sup> In caso di nuovi richiedenti, dovrà essere trasmessa istanza di accesso al Servizio sociale professionale dell'Ente di rispettiva competenza territoriale preventivamente alla presentazione della domanda di accesso ai benefici del presente Bando;

<sup>7</sup> Nel caso in cui il Candidato dichiara di essere soggetto in condizione di povertà certificata con ISEE inferiore ad € 6.000,00 è necessario allegare alla domanda la relativa Certificazione ISEE ovvero la DSU (cfr. art. 5 del Bando pubblico)

<sup>8</sup> Indicare l'età dell'utente al momento della presentazione della candidatura



## Allegato 2

- disabili, invalidi civili, pschici e sensoriali, per i quali trovano applicazione le specifiche disposizioni contenute e previste all'art. 11, comma 2, Legge, 12 marzo 1999, nr. 68;
- soggetti svantaggiati ai sensi dell'art. 4, comma 1, Legge, 8/11/1991, nr. 381;
- soggetti inseriti nei programmi di assistenza ai sensi dell'art. 13, Legge, 11 agosto 2003, nr. 228 a favore di vittime di tratta;
- soggetti inseriti nei programmi di assistenza e integrazione sociale ai sensi dell'art. 18, D. Lgs., 25 luglio 1998, nr. 286 a favore di vittime di violenza e di grave sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali;
- soggetti inseriti nei programmi di intervento e servizi ai sensi della Legge, nr. 154/2001 – 38/2009 – 119/2013 a favore di vittime di violenza nelle relazioni familiari e/o di genere.

### DICHIARA ALTRESÌ

***(barrare la voce di interesse)***

- di essere lavoratore sospeso e/o percettore di forme di sostegno al reddito in quanto fruitore di ammortizzatori sociali e che l'importo mensile percepito è di € \_\_\_\_\_
- di usufruire di altre forme di aiuto/sostentamento riconosciute dalla Pubblica Amministrazione per la seguente motivazione \_\_\_\_\_ e che l'importo mensile percepito è di € \_\_\_\_\_
- di non rientrare in nessuna delle tipologie precedenti e di non percepire altre forme di sostegno al reddito

### DICHIARA ANCORA

***(barrare la voce di interesse)***

- di essere gravati da un carico di cura dei propri familiari conviventi (minori, anziani non auto-sufficienti, disabili) per quanto concerne le seguenti spese (barrare la/le voce/i di interesse):
  - servizi di assistenza, cura ed accompagnamento ai minori, diversamente abili, anziani non autosufficienti (baby sitter, badanti, assistenti);
  - rette e servizi a pagamento per asili nido, centri estivi, attività extrascolastiche e doposcuola, centri ludico-ricreativi;
  - trasporto e mensa collegati alle attività prescolastiche e scolastiche;
  - assistenze domiciliari, servizi di cura e assistenza, case di riposo, case di cura e ricovero, centri di accoglienza e similari.
  - altro (specificare la tipologia del carico di cura): \_\_\_\_\_



## Allegato 2

- di essere in grado di esibire la documentazione comprovante il carico di cura su richiesta del soggetto attuatore;
- di non essere in grado di esibire la documentazione comprovante il carico di cura su richiesta del soggetto attuatore.

### DICHIARA INOLTRE

***(barrare la voce di interesse)***

- di essere interessato a partecipare ad un corso di formazione per il conseguimento della qualifica professionale di "Assistente Familiare" riconosciuta ai sensi della L. 845/1978 e della L.R. 111/1995 e s.m.i.;
- di non essere interessato a partecipare ad un corso di formazione per il conseguimento della qualifica professionale di "Assistente Familiare" riconosciuta ai sensi della L. 845/1978 e della L.R. 111/1995 e s.m.i.;

### DICHIARA INFINE

- di aver preso visione del Bando pubblico di selezione in oggetto e di accettarne le condizioni.

### ALLEGA

Copia fronte retro di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_