



**PLUS Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino**

**All'Ente gestore dell'ambito PLUS di SASSARI**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016 – DOPO DI NOI**

Il sottoscritto, nella sua qualità di \_\_\_ diretto interessato / \_\_\_ rappresentante legale

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ C.F. n. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Chiede**, ai sensi della L. 112/2016 (“Dopo di Noi”) e della DGR 52/12 del 22/11/2017, l’attivazione di un progetto personalizzato per favorire preferibilmente uno dei seguenti interventi:

- Percorsi programmati di accompagnamento per l’uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare, o per la de istituzionalizzazione (tipologia a);
- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (tipologia b);
- Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (tipologia d).

**Il sottoscritto, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, che:**

1. Il beneficiario del progetto è (da compilare solo se il richiedente è persona diversa dal beneficiario):

• Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

• Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

• C.F. n. \_\_\_\_\_

• Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

• Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall’interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all’ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

2. il beneficiario del progetto è persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92, non determinata dal naturale processo di invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, accertata ai sensi di legge, con la seguente diagnosi: \_\_\_\_\_

---

3. il beneficiario del progetto è privo di sostegno familiare in quanto:

- \_\_\_\_\_ mancante di entrambi i genitori
- \_\_\_\_\_ i genitori non sono in grado di fornire un adeguato sostegno genitoriale
- \_\_\_\_\_ in vista del venir meno del sostegno familiare

4. il beneficiario del progetto rientra tra le seguenti condizioni prioritarie:

- \_\_\_\_\_ persone mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- \_\_\_\_\_ persone i cui genitori per ragioni connesse alla loro età o alla loro condizione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire nel prossimo futuro il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
- \_\_\_\_\_ persone inserite in strutture residenziali con caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare. Specificare il nome e la tipologia della struttura \_\_\_\_\_;

5. il nucleo familiare del beneficiario del progetto risulta così composto (*non riportare il nome del beneficiario*):

Cognome	Nome	Anno di nascita	Rapporto di parentela	Riportare se la persona si trova in condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio da produrre agli organi della Amministrazione Pubblica devono essere sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritte e inviate insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

6. che il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

Tipologia di servizio	Soggetto erogatore	n. ore settimanali fruito	Operatore coinvolto	Budget annuale

7. che l' ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro \_\_\_\_\_

8.  il beneficiario è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto preso in carico dal seguente servizio/struttura (descrivere nome e ubicazione della struttura) \_\_\_\_\_

9.  il beneficiario non è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto non in carico ad alcun servizio/struttura.

10.  che il beneficiario per la realizzazione del progetto personalizzato mette a disposizione il seguente patrimonio:

descrizione breve \_\_\_\_\_

in caso si tratti di immobile indicare anche:

situato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

di cui dispone a titolo di: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del Reg.UE 679/2016 e di averne recepito i contenuti, pertanto esprime il consenso manifestamente ed inequivocabilmente al trattamento dei dati personali forniti, inclusi quelli considerati come "categorie particolari di dati" con le modalità indicate nell'informativa.

***Luogo e data della sottoscrizione***

***Firma del dichiarante***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega:

- profilo di funzionamento (allegato A)
- scheda di valutazione delle autonomie (allegato B)
- ISEE socio sanitario 2021 del beneficiario
- ISEE ordinario 2021 del nucleo familiare anagrafico del beneficiario
- consenso informato \_ASSL-ATS (allegato 3)
- informativa e consenso sul trattamento dei dati personali \_ASSL -ATS (allegato 4)
- copia verbale riconoscimento handicap grave di cui all'art.3 comma 3 L104/92 (senza omissis)
- copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario se persona diversa dal richiedente
- altro \_\_\_\_\_