

**Al comune capofila del Plus Area Ovest
Comune di Villa san Pietro
Ufficio Plus Area Ovest
p.zza San Pietro 6
09050 Villa San Pietro**

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016

Programma "Dopo di Noi"

La/Il sottoscritta/o, in qualità di diretta/o interessata/o oppure rappresentante legale:

Nome _____ Cognome _____

Nata/o a _____ il ___/___/_____ C.F. _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____@_____

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) i 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 deistituzionalizzazione (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), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA CHE

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

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il ___/___/_____ C.F. _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ email _____

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	Anna di nascita	Parentela con il beneficiario	Condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

6. Che l'ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro _____

7. Allega alla presente i seguenti documenti:

- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Allegato A – Profilo di funzionamento;
- Allegato B – Scheda di valutazione autonomie;
- ISEE socio sanitario;

Il sottoscritto dichiara inoltre di consentire al trattamento dei dati personali e di stato informato, ai sensi dell' art. 13 del D. Lgs n. 196 del 30/07/2003 e del GDPR679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma del dichiarante