**Al comune capofila del Plus Ales Terralba**

**Comune di Mogoro**

**Ufficio di Piano - Plus Ales Terralba**

**P.zza Giovanni XXIII**

**09095 Mogoro (OR)**

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

**Programma “Dopo di Noi”**

La/Il sottoscritta/o, in qualità di (\_\_) diretta/o interessata/o (\_\_) 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 | Parentela con il beneficiario | Condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipologia di servizio |  Soggetto erogatore | n. ore settimanali fruite | 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 (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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in caso si tratti di immobile indicare anche:

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

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

**11**. di essere a conoscenza dell’informativa allegata sul trattamento dei propri dati personali secondo quanto previsto dall’art. 13 e 14 del GDPR 679/2016 e del D. Lgs 101/2018;

**12**. Allega alla presente i seguenti documenti:

* Allegato A – Profilo di funzionamento;
* Allegato B – Scheda di valutazione autonomie;
* ISEE sociosanitario in corso di validità;
* informativa sul trattamento dei dati personali;
* copia verbale riconoscimento disabilità 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;
* Copia del Decreto del Tribunale di nomina Amministratore di sostegno/tutore laddove presente.

 Luogo e data Firma del dichiarante

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