

**All'Ufficio di Piano
PLUS di Alghero
Piazza S. Maria n. 25
07012 Bonorva****DOMANDA DI PRESENTAZIONE PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI A FAVORE DI
PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE E PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE**
(AI SENSI DELLA LEGGE 112/16, D.M. del 23.11.2016 e della DGR n. 6674/2017)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel _____ e-mail: _____

Codice Fiscale _____

in qualità di:

- diretto interessato*
- genitore*
- familiare*
- esercitante la potestà o tutela o amministrazione di sostegno*
- altro* _____

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).

A nome e per conto della persona con disabilità:

nome e cognome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. Requisiti di ammissibilità

- di essere portatore di disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- di essere in possesso della certificazione Legge n. 104/1992 art. 3, comma 3, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge, con la seguente diagnosi: _____
- di avere un'età compresa tra i 18 e 64 anni
- di essere 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.

2. Condizioni di priorità

Dichiara inoltre che 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

Dichiara altresì di trovarsi in una condizione di ulteriore priorità caratterizzata dalla maggiore urgenza, valutata in rapporto a:

- ridotti sostegni che la famiglia è in grado di fornire in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione per garantire una buona relazione interpersonale;
- inadeguata condizione abitativa e ambientale (ad es. spazi inadeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche inadeguate, condizioni strutturali inadeguate, barriere architettoniche interne ed esterne all'alloggio, abitazione isolata, ecc.);
- condizioni di vulnerabilità economica della persona con disabilità e della sua famiglia, certificate dall'ISEE socio sanitario.

3. Situazione familiare

Il nucleo familiare del beneficiario del progetto risulta così composto (non riportare il nome del beneficiario):

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Eventuale condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

4. Servizi attivi

Il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

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

Dichiara, altresì:

- che l' ISEE sociosanitario del nucleo familiare in cui è inserito il beneficiario ammonta a € _____
- 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)

- 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**.
- 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: _____

Luogo e data della sottoscrizione
_____Firma del dichiarante

Allega la seguente documentazione in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario
 - Codice fiscale del dichiarante e/o del beneficiario
 - decreto di nomina di tutela, curatela o amministrazione di sostegno, se in possesso;
 - Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3 della legge 104/1992
 - attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità (riferita al nucleo familiare in cui è presente il beneficiario)
-
- All. A) profilo di funzionamento
 - All. B) Scheda di valutazione delle autonomie;

__I__ sottoscritt__ dichiara di essere informat__, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato all'intervento richiesto, per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.