



Allegato 1-Modulo di domanda

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.



Allegato 1-Modulo di domanda

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.



Allegato 1-Modulo di domanda

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

Tipologia di servizio	Soggetto erogatore	n. ore settimanali fruiti	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

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.



Allegato 1-Modulo di domanda

Allega:

- profilo di funzionamento (allegato A)
- scheda di valutazione delle autonomie (allegato B)
- ISEE socio sanitario 2025 del beneficiario
- ISEE ordinario 2025 del nucleo familiare anagrafico del beneficiario
- consenso informato_Asl (allegato 3)
- informativa e consenso sul trattamento dei dati personali_Asl (allegato 4)
- 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
- altro _____

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.