******

***UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE***

***E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA***

***Comune Capofila Olbia (OT)***

***Tel. 0789/52080 – Fax 0789/52180***

# 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 @
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

1. 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

;

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

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

1. 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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. che l’ ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro
2. [ ] 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)
3. [ ] 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.
4. [ ] 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

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**  Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati  I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.  La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.  Olbia li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma per accettazione  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Allega:

* [ ] profilo di funzionamento (allegato A)
* [ ] scheda di valutazione delle autonomie (allegato B)
* [ ] ISEE socio sanitario 2022 del beneficiario
* [ ] ISEE ordinario 2022 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