



ALLEGATO 2

All'Ente gestore
dell'ambito PLUS 21
Comune di Selargius
Via Istria 1
09047 - Selargius

DOPO DI NOI

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016

Il/La sottoscritto/a nome _____ cognome _____
nato/a _____ il _____
C.F. _____ residente a _____
in Via _____ n. _____, Tel _____
Cell _____ e-mail _____
pec _____

nella sua qualità di

- Diretto interessato
- Rappresentante legale / tutore / amministratore di sostegno del beneficiario

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. _____ residente a _____
in Via _____ n. _____, Tel. _____
Cell. _____, e-mail _____
pec _____

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

Cognome	Nome	Anno di nascita	Rapporto di parentela	Indicare se la persona si trova in condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

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

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

6. l' ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro _____;
7. 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
 _____);
8. 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;



9. il beneficiario, per la realizzazione del progetto personalizzato, mette a disposizione il seguente patrimonio:

descrizione breve

in caso si tratti di immobile indicare:

situato in _____ Via _____ n. _____

di cui dispone a titolo di _____

10. di aver preso visione del bando in tutte le sue parti e di accettarne il contenuto;
11. di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci sono penalmente perseguibili e comportano l'immediata decadenza del beneficio;
12. di essere a conoscenza del fatto che i dati forniti al Comune Selargius verranno trattati nel rispetto del d.lgs. 196/2003 modificato dal d.lgs 101/2018 e del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata all'Avviso pubblico.

Luogo _____

Data _____

Firma del dichiarante

Allega:

- copia del documento di identità in corso di validità, sia del dichiarante che del beneficiario;
- ALLEGATO A - profilo di funzionamento
- ALLEGATO B - scheda di valutazione delle autonomie
- ISEE socio sanitario