

MODELLO DI DOMANDA

Al Responsabile dell'Area Sociale
del Comune di ENNA

e.p.c Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
del Distretto socio-sanitarioD22

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____
C.F. _____ Tel. _____

In qualità di:

- Interessato;
- Tutore
- Amministratore di Sostegno
- Familiare

Del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in via
_____ n. _____ .
C.F. _____ Tel. _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per il progetto "L'Isola di niente - Dopo di Noi" diretto a persone con disabilità grave priva del sostegno familiare.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci **dichiara** di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare, che:

- ✓ la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- ✓ di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'articolo 4 della medesima legge;
- ✓ di essere residente nel Comune di _____ ricompreso nell'Ambito Distrettuale Socio-sanitario D22;

Dichiara altresì di essere in una delle seguenti condizioni:

persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, non beneficiaria di trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;

Breve descrizione delle caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale, familiare e abitativa.

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE		
Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita

Attuale situazione occupazionale

- Studente
 Lavoratore / trice
 Disoccupato/a
 Pensionato / a
 Altro _____

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto

- da solo
 in famiglia
 in comunità
 Altro _____

Usufruisce dei seguenti servizi					
Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore sett.
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare					
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica					
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata					
<input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona					
<input type="checkbox"/> Assegno di cura					
<input type="checkbox"/> Trasporto					
<input type="checkbox"/> Buoni servizio					
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza / volontariato					
<input type="checkbox"/> Centro diurno					
<input type="checkbox"/> Inserimento lavorativo e/o formativo					
<input type="checkbox"/> Servizio socio – assistenziale – educativo scolastico					
<input type="checkbox"/> Telesoccorso / Teleassistenza					
<input type="checkbox"/> Assegno disabilità gravissima					
<input type="checkbox"/> Altro					

Legenda:

- Pub = pubblico;
- Pri = privato;
- Con = continuativo;
- Tem = temporaneo.

Altro:

AAAAAAAAAAAAAAAA

(campo non obbligatorio con indicazione rinviata all'UVMDI in sede di stesura del progetto personalizzato)

Proposta di Case manager

Nome e Cognome

nato a _____ il _____ e residente a

_____ in via _____ n. _____

C.F. _____ Tel. _____

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali da parte nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, in materia di protezione dei dati personali

Si allega:

- documento di identità in corso di validità della persona disabile e di chi presenta la domanda stessa se non coincidente;
- nei casi di persone disabili rappresentate da terzi: copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile
- copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art.3 comma 3;
- certificato dell'ISEE ordinario;
- copia o autocertificazione stato di famiglia;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- in caso di persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa: allegare certificato di disabilità dei genitori;

altro (documentazione utile alla valutazione dell'UVMDI):

Data e Luogo ____/____/____, _____

Firma del Richiedente il beneficio
