Comune di Milazzo protocollo in arrivo n. 0008584 del 12-05-2021

All'Ufficio Piano
c/o Comune di Milazzo - Capofila
del Distretto Socio Sanitario 27
Via F. Crispi, 1
98057 Milazzo (ME)
protocollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016

Il sottoscritto, nella sua qualità di_____ diretto interessato/ _____rappresentante legale

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a_____ (_____) il _____/_____/_____

C.F. n _____

Residente a _____ Via/Piazza_____n.____

Telefono_____e mail: _____@_____

Pec: _____

CHIEDE

ai sensi della L. 112/2016 ("Dopo di Noi") e della D.A. n. 2727 del 16/10/2017, l'attivazione di un progetto personalizzato per favorire l'attivazione di uno dei seguenti interventi *(possono essere indicati più 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);
- ☐ Programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita (tipologia c);
- ☐ Interventi per la fruibilità degli alloggi (tipologia d);
- ☐ Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare (tipologia e).

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):
   - Cognome _____ Nome_____
   - Nato/a a _____ (_____) il_____/____/_____
   - C.F. _____
   - Residente a _____ (_____)Via/Piazza _____n _____
   - Telefono_____e mail:_____@_____
   - Pec: _____

Comune di Milazzo protocollo in partenza n. 0041027 del 12-05-2021

Comune di Milazzo protocollo in partenza n. 0041027 del 12-05-2021

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 *(sbarrare la voce che ricorre):*
   - _____ 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

6. che il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi:

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

7. che l' ISEE socio-sanitario del beneficiario ammonta a euro _____
8. che l' ISEE del nucleo familiare anagrafico ammonta a euro _____
9. [ ] 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)* _____
10. [ ] 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.
11. [ ] che il beneficiario per la realizzazione del progetto personalizzato mette a disposizione il seguente

Comune di Milazzo protocollo in partenza n. 0041027 del 12-05-2021

patrimonio:

descrizione breve _____

_____

in caso si tratti di immobile indicare anche:

situato in_____Via_____n° _____

di cui dispone a titolo di _____

Allega la seguente documentazione:

[ ] Documento di identità del beneficiario e dell'eventuale suo rappresentante
[ ] ISEE socio sanitario
[ ] ISEE del nucleo familiare anagrafico
[ ] Allegato A - profilo di funzionamento (solo se disponibile)
[ ] Allegato B - scheda di valutazione delle autonomie (solo se disponibile)

La consegna a mano dovrà avvenire in busta chiusa con su scritto il nome e cognome, l'indirizzo del beneficiario e il seguente oggetto "Domanda di accesso al Programma Dopo di Noi".

Luogo e data della sottoscrizione ***Firma del dichiarante***

_____ _____

Informativa ai sensi degli (artt. 13 e 14 REGOLAMENTO UE-GDPR).I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.