



## **DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baessa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostamatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

AMBITO PLUS Ales - Terralba  
Ufficio di Piano



**Al comune capofila del Plus Ales Terralba  
Comune di Mogoro  
Ufficio di Piano - Plus Ales Terralba  
P.zza Giovanni XXIII  
09095 Mogoro (OR)**

### **DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016 Programma "Dopo di Noi"**

La/Il sottoscritta/o, in qualità di ( ) diretta/o interessata/o ( ) rappresentante legale:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

#### **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) i 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 deistituzionalizzazione (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), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445,

#### **DICHIARA CHE**

**1. Il beneficiario del progetto è: (da compilare solo se il diretto interessato è persona diversa dal beneficiario):**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_



## **DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baessa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostamatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

AMBITO PLUS Ales - Terralba  
Ufficio di Piano



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	Parentela con il beneficiario	Condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

6. 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



## **DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostamatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

AMBITO PLUS Ales - Terralba  
Ufficio di Piano



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 (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:

\_\_\_\_\_

in caso si tratti di immobile indicare anche:

situato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

di cui dispone a titolo di: \_\_\_\_\_

11. di essere a conoscenza dell'informativa allegata sul trattamento dei propri dati personali secondo quanto previsto dall'art. 13 e 14 del GDPR 679/2016 e del D. Lgs 101/2018;

12. Allega alla presente i seguenti documenti:

- Allegato A – Profilo di funzionamento;
- Allegato B – Scheda di valutazione autonomie;
- ISEE sociosanitario in corso di validità;
- informativa sul trattamento dei dati personali;
- 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;
- Copia del Decreto del Tribunale di nomina Amministratore di sostegno/tutore laddove presente.

Luogo e data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_