



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA

ASSESSORATO DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÉNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Strumenti per la presa in carico, la valutazione delle persone con disabilità grave e la progettazione degli interventi di cui alla legge 112/2016

FASE I – ACCESSO e PRESA IN CARICO

All'ente gestore dell'ambito PLUS di _____

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016

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 _____ 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 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 veritieri, 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. _____



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- Telefono _____ e mail: _____@_____
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 | 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 già attivati in suo favore:

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

7. che l' ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SIGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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 (descrivere 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:
descrizione breve _____

in caso si tratti di immobile indicare anche:

situato in _____ Via _____ n° _____
di cui dispone a titolo di: _____

Luogo e data della sottoscrizione

Firma del dichiarante

Allega:

- [] profilo di funzionamento
- [] scheda di valutazione delle autonomie
- [] ISEE socio sanitario

Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs 196/2003: 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