

**MODELLO DI DOMANDA**

Al Responsabile dell'Area Sociale  
del Comune di \_\_\_\_\_

e.p.c Al Responsabile dell'Ufficio di Piano  
del Distretto socio-sanitario D22

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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

^^^^^^^^^^^^^^^^

***(campo non obbligatorio con indicazione rinviata all'UVM DI 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**

---