ALLEGATO A

 **Al Distretto Socio Sanitario D 47**

**Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Ufficio di Servizio Sociale**

**OGGETTO: FONDO DOPO DI NOI finanziamento 2016-2017 - Richiesta per la predisposizione di un progetto personalizzato per gli interventi e i servizi in favore dei soggetti disabili gravi privi di sostegno familiare o con genitori anziani.**

l sottoscritto/la sottoscritta

nat a il

di essere residente a in via n. codice fiscale tel. cell. e-mail

In qualità di:

* Diretto interessato
* Genitore
* persona autorizzata alla rappresentanza del disabile a norma di legge (specificare il titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, dichiara di essere:

**CHIEDE PER CONTO E NELL’INTERESSE DI**

##  (da compilare solo nel caso in cui il richiedente non sia il beneficiario)

## Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato /a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_

## Cod. fiscale \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Mail o PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di poter accedere alla valutazione multidimensionale intergrata per la definizione di un progetto individuale di Assistenza “Dopo di Noi” comprensivo delle misure previste ai sensi del D.M. 23/11/2016, in favore delle persone con disabilità grave e prive di sostegno familiare.

**A TAL FINE DICHIARA**

Che il beneficiario, disabile grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104, si trova in una delle seguenti condizioni :

* completamente solo/a , mancante di entrambi i genitori del tutto privo di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i 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 presente o nel futuro prossimo il sostegno necessario;
* persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all’articolo 3, comma 4 DM 23/11/2016;
* altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 La predisposizione del Piano personalizzato da redigere con la famiglia sul modello della Regione Siciliana è di competenza del Servizio sociale professionale del Comune di residenza e dell’UVM/UVD. L’UVM/UVD compilerà anche la SVAMDI.

Allega alla presente:

* Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
* Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario;
* Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
* certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92
* ISEE socio sanitario aggiornato.

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445.

 IL RICHIEDENTE

**Il richiedente autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy e del Regolamento UE 2016/679 , che qui si intende interamente richiamato.**

 **FIRMA**