



**Programma Locale Unitario dei Servizi  
PLUS – Anglona-Coros-Figulinas**



**Comune di Osilo  
Ente capofila**



**Asl N. 1 - Sassari**



**Provincia di Sassari**

Via Sanna Tolu, 30 - TEL. 079/3242200 - FAX 079/324245

Cod. Fisc. 8000591 090 8 - Part. IVA 0029262 090 3

**All'Ufficio di Piano  
PLUS Anglona Coros Figulinas  
Via Sanna Tolu 30 Osilo**

**OGGETTO: Domanda di Ammissione al Progetto Personalizzato Legge n° 112/2016 "Dopo di noi"**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. n. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

nella sua qualità di: ☐ diretto interessato ☐ rappresentante legale ☐ familiare di riferimento

### **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 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):

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
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:



Programma Locale Unitario dei Servizi  
PLUS – Anglona-Coros-Figulinas



Comune di Osilo  
Ente capofila



Asl N. 1 - Sassari



Provincia di Sassari

- ☐ 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 e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Eventuale condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

6. 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. l'ISEE sociosanitario del nucleo familiare in cui è inserito il beneficiario ammonta a € \_\_\_\_\_

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. 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

\_\_\_\_\_



**Programma Locale Unitario dei Servizi  
PLUS – Anglona-Coros-Figulinas**



**Comune di Osilo  
Ente capofila**



**Asl N. 1 - Sassari**



**Provincia di Sassari**

**Allega:**

- ☐ All. A) profilo di funzionamento;
- ☐ All. B) scheda di valutazione delle autonomie;
- ☐ ISEE socio sanitario.

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara di essere informat\_\_, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato all'intervento richiesto, per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.