

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 41
COMUNE CAOFILA
PARTINICO

Richiesta di interventi per persone con disabilità grave e
prive del sostegno familiare
- Legge N.112/2016 - "DOPO DI NOI" - D.A. n.2727/IS5 -

DOMANDA PER GLI INTERVENTI GESTIONALI (punti A-B-C-E delle azioni finanziabili)
*Interventi gestionali a favore di persone con disabilità grave e prive del sostegno familiare residenti nei Comuni
del Distretto Socio Sanitario 41 - Legge n. 122/2016 "DOPO DI NOI"*

AL COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ E-mail _____

In qualità di

Beneficiario

Familiare

ADS/Tutore/Rappresentante Legale

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE AFFINCHÉ VENGA REDATTO IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO
PER INTERVENTI GESTIONALI in favore di**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ E-mail _____

**E PER LA SEGUENTE AZIONE FINANZIABILE (indicare tra le opzioni A, B, C, E quelle che interessano in
ordine di preferenza)**

A) Accompagnamento all'autonomia per l'uscita dal nucleo familiare di origine/deistituzionalizzazione,
anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare

B) Supporto alla domiciliarità per una delle seguenti soluzioni alloggiative:

- abitazione di origine
- gruppo appartamento con Ente gestore
- gruppo appartamento autogestito
- soluzione in Cohousing con non più di 5 persone

C) Programmi di accrescimento dello sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia ed una migliore
gestione della vita quotidiana, anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale

E) Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare

A tal fine, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

*ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della
decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n.
445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che*

La persona per la quale si chiede il contributo, **disabile grave** ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge
104/92, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge:

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 41
COMUNE CAPOFILA
PARTINICO

Richiesta di interventi per persone con disabilità grave e
prive del sostegno familiare
- Legge N.112/2016 - "DOPO DI NOI" - D.A. n.2727/S5 -

- è regolarmente soggiornante in Italia

- ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni

- si trova in una delle seguenti condizioni indicate del D.A. n. 2727/S5

a) grave disabilità, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità,

b) grave disabilità, i cui genitori (per età o per la propria situazione di disabilità) non sono nelle condizioni di continuare a garantire il sostegno genitoriale,

c) grave disabilità, inserita in struttura residenziale che non risponde alle caratteristiche della casa familiare

- è in possesso di ISEE di € _____.

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento:

ALLEGA

la seguente documentazione in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del dichiarante e del beneficiario (se non coincidenti)
- Provvedimento di protezione giuridica che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile
- Certificazione disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge.

Luogo e Data _____ / /

Firma della/del dichiarante _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D. LGS.196/2003

I dati raccolti con la domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della procedura stessa e per le successive attività istituzionali inerenti l'erogazione del contributo. I dati verranno trattati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dar corso alla valutazione della domanda di assegnazione del beneficio economico, nonché agli adempimenti conseguenti e inerenti alla procedura stessa. Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____, il Responsabile del trattamento è _____, incaricati del trattamento sono le persone preposte al procedimento individuate nell'ambito dei 9 Comuni facenti parte del Distretto Socio-Sanitario 41 o dallo stesso incaricate. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici e privati, quando ciò è previsto da disposizioni di legge o di regolamento. I dati personali, con esclusione di quelli idonei a rivelare lo stato di salute, potranno essere oggetto di diffusione solo nei casi e nelle forme previste dalla normativa in materia. Le graduatorie approvate dagli organi competenti in esito alla presente procedura, verranno diffuse mediante pubblicazione nelle forme previste dalle norme in materia e attraverso i siti internet dei 9 Comuni del Distretto S.S. 41 nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza. Nell'ambito del procedimento verranno trattati solo i dati sensibili e giudiziari indispensabili per lo svolgimento delle attività istituzionali. L'interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs.196/03 ed in particolare ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, dell'origine dei dati personali, delle modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, nonché l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati. L'interessato ha inoltre diritto:
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Luogo e Data _____ / /

Firma della/del dichiarante _____

Spazio riservato all'ufficio