AL SIGNOR SINDACO

ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI

DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OGGETTO: **L. 112/2016 “DOPO DI NOI”** **RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

EX ART. 14 LEGGE 8NOVEMBRE 2000, N° 328

LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI

**La/Il sottoscritta/o:**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/le/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di**

**Beneficiario**

**Familiare**

**ADS/Tutore/Rappresentante legale**

**CHIEDE**

**in favore di:**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/le/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Affetto da disabilità □ **FISICA □ PSICHICA/MENTALE □ SENSORIALE**

□ la predisposizione di un Progetto lndividualizzato ex Art. 14 Legge n° 328/00

□ con previsione degli interventi di cui alla Legge n° 112/16 "Dopo di Noi"

a tal fine

**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 destinataria dell’intervento è **disabile grave** ai sensi **della Legge 104/92 art.3 c.3**

La patologia relativa alla disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

ha un età compresa tra i 18 e 64 anni

La persona disabile grave per cui si chiede l’intervento ha l’Isee socio-sanitario di €

Frequenta il centro diurno seguente

Non frequenta alcun centro diurno

E’ titolare di altri servizi o contributi erogati dall’Ente Pubblico o di essere in attesa degli stessi,

se sì quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presenza di altri componenti il nucleo familiare in condizioni di fragilità

Alla domanda si allegano i seguenti documenti:

* 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 rappresentante da terzi copia del provvedimento di protezione giuridica;
* Certificazione di disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3.
* D.S.U e attestazione ISEE in corso di validità.

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma della/del dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADS/Tutore/Rappresentante legale**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il Referente Familiare / genitore**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **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 all’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 di tale Direzione o dalla stessa 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.  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. |

**Data** /\_\_\_\_\_\_ /

**Firma della/del dichiarante**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADS/Tutore/Rappresentante legale**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il Referente Familiare / genitore**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_