**ALLEGATO A**

**All’Ufficio di Piano**

**PLUS di Ozieri**

**Via Vittorio Veneto n° 11**

**07014 OZIERI**

|  |
| --- |
| **DOMANDA PER L’AMMISSIONE AL “PROGETTO VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETA’ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ”**  **Annualità 2025** |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/P.za\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di:**

🞎 diretto interessato

🞎 amministratore di sostegno 🞎 tutore 🞎 curatore 🞎 altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di:

Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/P.za\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell’art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall’art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

**CHIEDE**

l’ammissione al “Progetto Vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità” – annualità 2025

**A TAL FINE DICHIARA**

1. **di essere in possesso dei requisiti richiesti dall’avviso pubblico;**
2. **di trovarsi in una delle seguenti condizioni:**

🞎 disabilità certificata ai sensi dell’art. 3 della Legge 104/1992 ss. mm. e ii.;

🞎 riconoscimento indennità di accompagnamento;

1. **di essere in carico al seguente servizio socio-sanitario:**

* Centro di Salute Mentale;
* SerD;
* Servizi specialistici (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **di essere in possesso del seguente titolo di studio:**

* licenza elementare;
* licenza media;
* diploma scuola superiore; (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* corso di formazione professionale (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* laurea (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **di svolgere la seguente attività lavorativa (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **che la composizione attuale del nucleo dove vive il destinatario è la seguente:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome e**  **Nome** | **Data di Nascita** | **Rapporto con il Destinatario** | **Professione** | **Eventuale Invalidità** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**g)** **che l’abitazione principale è:**

* Di proprietà (o con mutuo);
* In uso gratuito;
* Usufrutto;
* In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto;
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali 🗆 No 🗆 Sì: 🗆 Esterne 🗆 Interne

1. **di aver percepito nell’anno 2024 i seguenti emolumenti:**

* Pensione Invalidità civile importo mensile €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indennità di accompagnamento importo mensile €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Assegno sociale importo mensile €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Pensioni o indennità INAIL importo mensile €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Reddito di Cittadinanza importo mensile €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **di percepire i seguenti benefici:**

* L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni
* L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici
* L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da patologie psichiatriche
* L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da neoplasie maligne
* Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**l) di beneficiare dei seguenti servizi:**

* Piano personalizzato L. n° 162/98;
* Progetto Home Care Premium;
* Servizio di Assistenza Domiciliare;
* Progetto “Ritornare a casa”;
* Servizio Educativo domiciliare;
* Centro diurno;
* Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per ciascun servizio specificare modalità e tempi:

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

**m) di avvalersi con spese a suo carico delle seguenti figure** **professionali**:

🗆 assistente familiare;

🗆 operatore socio sanitario;

🗆 educatore professionale

Ore settimanali: |\_\_\_|\_\_\_|

Giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Orari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**n)** **indicare quali eventuali altre persone non conviventi sono coinvolte nella sua assistenza:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Rapporto di parentela/relazione** | **Attività svolte** | **Ore settimanali** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Luogo e data Firma

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

**Si allega alla presente:**

* Verbale di handicap grave (art. 3, comma 1 o 3, L. 104/92);
* Modello ISEE Socio Sanitario dell’interessato in corso di validità;
* Eventuale Decreto di nomina dell’AdS;
* Fotocopia documento di identità del richiedente, del delegato e del rappresentante legale;
* Certificazione rilasciata dallo specialista del servizio pubblico o convenzionato che ne detiene la presa in carico o dello specialista di riferimento;
* Eventuali altre certificazioni socio sanitarie e/o ogni altra documentazione ritenuta utile;
* Informativa sul trattamento dei dati sensibili.