

All'Ufficio Piano
Comune di Milazzo
Capofila del DSS 27
Via F. Crispi, 1
98057 Milazzo (ME)

protocollogenerale@pec.comune.milazzo.me.it

OGGETTO: Avviso Pubblico di riapertura termini per la presentazione delle istanze finalizzate all'individuazione dei beneficiari degli interventi e dei servizi finanziati dal programma regionale "Dopo di Noi" (Legge 112/2016) "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" azione C) Educativa Domiciliare, Programmazione 2016 e 2017 - Distretto Socio Sanitario 27. **ISTANZA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO**

Il/Lasottoscritto/a _____,

nato a _____ il _____,

e residente a _____

in Via _____

Se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____,

residente a _____

in via _____

in qualità di rappresentante legale degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, sig./sig.ra:

nato/a _____ il _____,

residente a _____ in

Via _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico finalizzato all'individuazione dei beneficiari degli interventi e dei servizi finanziati dal programma regionale "Dopo di Noi" (Legge 112/2016) "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" azione C) Educativa Domiciliare.

Dichiara

di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare, che:

1. la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
2. di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92 con la seguente diagnosi _____

o di essere in possesso di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;

3. di essere residente nel Comune di _____
4. Il nucleo familiare del beneficiario risulta così composto (*non riportare il nome del beneficiario*):

Cognome	Nome	Anno di nascita	Rapporto di parentela

5. l'ISEE socio-sanitario del beneficiario ammonta a euro _____
6. l'ISEE del nucleo familiare anagrafico ammonta a euro _____
7. che il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi:

Tipologia di Servizio	Soggetto erogatore	N. Ore sett. fruito	Operatore coinvolto

dichiara altresì di essere in possesso di una o più delle seguenti priorità di accesso (*barrare la casella di interesse*):

Persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali e che non percepiscono trattamenti in ragione della condizione di disabilità;

persona con disabilità grave, con genitori che non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

Si allega la seguente documentazione:

- documento di identità in corso di validità del beneficiario e dell'eventuale suo rappresentante;
- ISEE socio-sanitario;
- ISEE del nucleo familiare anagrafico;
- certificazione di disabilità grave ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3 o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;
- Certificazione sanitaria relativa allo stato di salute dei genitori (certificazione di disabilità di cui alla legge n. 104/92 o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o certificato medico rilasciato dal medico di medicina generale).

Luogo e data

*Firma del Richiedente il beneficio
o del Rappresentante Legale*

Informativa ai sensi degli (artt. 13 e 14 Regolamento UE-GDPR). I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.