

del Comune di _____

**OGGETTO: Programma regionale "DOPO DI NOI" – D.A. n. 2727/S5 del 16/10/2017 -
Richiesta Progetti Individuali per le persone disabili gravi-**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

_____ il _____, residente a _____

in Via _____ Recapito Telefonico: _____

EMail: _____

CHIEDE

In qualità di :

Genitore

Tutore/Amministratore di Sostegno

Presidente dell'Associazioni di Famiglie di persone con disabilità

Che si predisponga un Progetto Individuale per _____

nato a _____ il _____ residente a

_____ Via _____ n _____,

Recapito Telefonico: _____ E Mail: _____

** nel caso di Associazioni di famiglie di persone disabili che presentano l'istanza per gruppi di disabili elencare i nominativi con i dati di tutti e allegare la documentazione richiesta per ciascun disabile.*

Pertanto, visto l'Avviso Pubblico di cui al D.A. n. 2727/S5 del 16/10/2017:

- Copia Modello ISEE del nucleo familiare del disabile grave, completo di D.S.U. (Dichiarazione Sostitutiva Unica) in corso di validità,
- Copia Certificazione attestante la situazione di handicap grave - L. 104/92 – Art. 3 - Comma 3;
- Copia Documento di riconoscimento del richiedente (genitore o tutore);
- Copia Documento di riconoscimento del disabile;

DICHIARA

Altresì, che il disabile grave si trova nella condizione di:

Persone con disabilità grave (art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992) mancanti di entrambi i tori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità:

Persone con disabilità grave (art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992) i cui genitori, per oni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa

Persone con disabilità grave (art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992) inserite in strutture denziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'art. 3, comma 3

_____, li _____

IL RICHIEDENTE

Il Tutore/Amministratore di Sostegno

Il Referente Familiare/genitore

Il Rappresentante legale dell'Associazione

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D. Lgs. 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione e creazione di una "banca dati" sulla disabilità etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del del Distretto Socio Sanitario n. 50. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D. Lgs. 196/2003.

_____, li _____

IL RICHIEDENTE
