

**PLUS ALGHERO**PIANO LOCALE UNITARIO DI SERVIZI ALLA PERSONA
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO ALGHEROCOMUNE DI BONORVA
Ente CapofilaAl Comune di
(Residenza) _____
All'Ufficio di Piano
PLUS di Alghero
Piazza S. Maria n. 25
07012 Bonorva**DOMANDA DI PRESENTAZIONE PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI A
FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE E PRIVE DEL SOSTEGNO
FAMILIARE***(AI SENSI DELLA LEGGE 112/16, D.M. del 23.11.2016 e della DGR n. 6674/2017)*Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ il ___/___/___ C.F. _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
Telefono _____ email _____ @ _____
pec _____ @ _____**in qualità di:**

- diretto interessato*
- genitore*
- familiare*
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno*
- altro* _____

CHIEDE

*ai sensi della L. 112/2016 ("Dopo di Noi") e della DGR 52/12 del 22/11/2017,
l'attivazione di un progetto personalizzato per favorire preferibilmente uno dei
seguenti interventi:*

- Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di

origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare, o per la de-istituzionalizzazione (tipologia a);

- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative (tipologia b).
- Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative (tipologia d).

A nome e per conto della persona con disabilità (da compilare solo se il

richiedente è persona diversa dal beneficiario):

Nome _____ Cognome _____
 nato/a a _____ il ___/___/___ C.F. _____
 residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. Requisiti di ammissibilità

- di essere portatore di disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- di essere in possesso della certificazione Legge n. 104/1992 art. 3, comma 3, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge, con la seguente diagnosi:

- di avere un'età compresa tra i 18 e 64 anni
- di essere privo di sostegno familiare in quanto:
 - privo di entrambi i genitori;
 - i genitori non sono in grado di fornire un adeguato sostegno;
 - in vista del venir meno del sostegno familiare;

altro (specificare) _____

2. Condizioni di priorità

Dichiara inoltre che il beneficiario del progetto rientra tra le seguenti **condizioni prioritarie**:

- persone mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
 - persone i cui genitori per ragioni connesse alla loro età o alla loro condizione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire nel prossimo futuro il sostegno necessario ad una vita dignitosa;
 - persone inserite in strutture residenziali con caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.
Specificare il nome e la tipologia della struttura
-

Dichiara altresì di trovarsi in una condizione di ulteriore priorità caratterizzata dalla maggiore urgenza, valutata in rapporto a:

- ridotti sostegni che la famiglia è in grado di fornire in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione per garantire una buona relazione interpersonale;
- inadeguata condizione abitativa e ambientale (ad es. spazi inadeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche inadeguate, condizioni strutturali inadeguate, barriere architettoniche interne ed esterne all'alloggio, abitazione isolata, ecc.);
- condizioni di vulnerabilità economica della persona con disabilità e della sua famiglia, certificate dall'ISEE socio sanitario.

3. Situazione familiare

Il nucleo familiare del beneficiario del progetto risulta così composto (non riportare il nome del beneficiario):

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Eventuale condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

4. Servizi attivi

Il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

Tipologia di servizio	Soggetto erogatore	n. ore settimanali fruite	Operatore coinvolto	Budget annuale

Dichiara, altresì:

che l'ISEE sociosanitario del nucleo familiare in cui è inserito il beneficiario ammonta a € _____

il beneficiario è in grado di produrre il **profilo di funzionamento** e la **scheda di valutazione delle autonomie** in quanto preso in carico dal seguente servizio/struttura (descrivere nome e ubicazione della struttura)

il beneficiario non è in grado di produrre il profilo di funzionamento e la scheda di valutazione delle autonomie in quanto **non in carico ad alcun servizio/struttura**.

il beneficiario per la realizzazione del progetto personalizzato mette a disposizione il seguente patrimonio (descrizione breve):

in caso si tratti di immobile indicare anche l'ubicazione:

immobile situato in (località): _____
Via _____ n. _____ di cui dispone a titolo di: (es: proprietario,
locatario) _____

Luogo e data della sottoscrizione

Firma del dichiarante

Allega la seguente documentazione in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario
 - Codice fiscale del dichiarante e/o del beneficiario
 - Decreto di nomina di tutela, curatela o amministrazione di sostegno, se in possesso;
 - Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3 della legge 104/1992
 - attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità (riferita al nucleo familiare in cui è presente il beneficiario)
-
- All. A) profilo di funzionamento
 - All. B) Scheda di valutazione delle autonomie;

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (G.D.P.R.), relativo alla protezione dei dati personali

Il **Comune di Bonorva**, in qualità di **titolare del trattamento dei dati personali** nell'espletamento dei compiti, dei servizi e delle funzioni tipiche della Pubblica Amministrazione, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR 2016/679"), recanti disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti, rispetto al trattamento dei dati personali **Informa** che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta lo scrivente Comune.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti vengono raccolti e trattati nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali suoi e di eventuali suoi collaboratori è necessario per poter procedere alla erogazione dei servizi richiesti. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterebbe l'impossibilità di erogare o di erogare correttamente i servizi da Lei richiesti.

Modalità di trattamento e conservazione

Il Comune riceve, conserva, comunica, raccoglie, registra e tratta i dati personali degli utenti che siano strettamente necessari al corretto svolgimento dei compiti attribuiti alla Pubblica Amministrazione, nel rispetto del principio di legalità, legittimità, correttezza e trasparenza.

Le categorie dei dati trattati comprendono i dati anagrafici, e possono anche comprendere dati sanitari, dati patrimoniali ed ogni altro dato personale rilevante per l'adempimento del servizio comunale specificamente esercitato.

Il trattamento dei dati degli utenti dei servizi comunali può essere effettuato sia attraverso supporti cartacei, sia attraverso modalità automatizzate atte a memorizzarli, gestirli e trasmetterli, ed avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, tramite l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione. Inoltre, tali dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del servizio specificamente richiesto, e potranno successivamente essere conservati se funzionali ad altri servizi.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy e degli artt. 15-22 del GDPR 2016/679, il diritto di chiedere in ogni momento al Comune l'accesso ai propri dati personali, la rettifica degli stessi qualora non siano veritieri, nonché la loro cancellazione. Potrà poi chiedere la limitazione del trattamento che La riguarda, e potrà opporsi allo stesso laddove sia esercitato in modo illegittimo. L'apposita istanza relativa all'esercizio dei sopracitati diritti potrà essere presentata al Titolare del trattamento o al Responsabile alla protezione dei dati designato, ai recapiti sotto indicati.

Titolare del trattamento dei dati personali:

Comune di Bonorva, sede legale in p.zza S. Maria, Bonorva PEC: protocollo.bonorva@pec.comunas.it

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella Ditta Nicola Zuddas Srl, con sede in Cagliari – Cap. 09129 - Via G.B. Tuveri, n. 22 – Tel: 070370280 – email: privacy@comune.it – PEC: privacy@pec.comune.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede ed esprimo il consenso trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma _____