



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30

COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo - Ficarra - Floresta - Gioiosa Marea - L. Ibrizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino -
Raccuia - San Piero Patti - Sant'Angelo di Brolo - Sinagra - Ucria)

Prot. N. 2671

Patti, li 31/01/2018

Oggetto: Trasmissione modulistica progetto "Dopo di Noi".

COMUNE DI BROLO
PROTOCOLLO GENERALE
N.0001773 - 01.02.2018
CAT. CLASSE 0 ARRIVO

Ai Responsabili dei
Servizi Sociali
Alle Assistenti Sociali
dei Comuni del Distretto N. 30
Loro sedi

Facendo seguito all'interposto colloquio telefonico, si trasmette la modulistica inerente il Progetto "Dopo di Noi", da fare sottoscrivere agli eventuali beneficiari del progetto "Dopo di Noi".

Si rappresenta l'urgenza degli adempimenti, stante la scadenza imminente dell'avvio del Progetto.

Distinti saluti



Il Coordinatore del Distretto D30
Dott.ssa Marcella Gregorio

MODELLO DI DOMANDA

**Richiesta Progetti Individuali per le persone disabili gravi (L. 104/92 - Art. 3 - Comma 3) –
PROGRAMMA REGIONALE “DOPO DI NOI” – D.A. n. 2727/S5 del 16/10/2017**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, residente
a _____ in Via _____ n. _____
Recapito Telefonico: _____ Email:

CHIEDE

In qualità di :

Genitore

Tutore/Amministratore di Sostegno

Presidente delle Associazioni di Famiglie di persone con disabilità

Che si predisponga un Progetto Individuale per i

_____, disabile grave*, nato/a _____
il _____, residente a _____ Via
_____ n _____, Recapito Telefonico: _____ E Mail: _____

Medico curante _____ Tel. _____

** 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 allega alla presente:

- 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 genitori, 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 ragioni 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 residenziali 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

Se stesso

Il Tutore/La Tutrice

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 Distretto Socio Sanitario n. 50. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D. Lgs. 196/2003.

_____, li _____

IL RICHIEDENTE
