



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA**  
**UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA**  
**ALLEGATO SUB B**

**OGGETTO: ISTANZE DI ACCESSO AGLI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON  
DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE "DOPO DI NOI" - LEGGE 22  
GIUGNO 2016, N. 112**

**MODULO DI DOMANDA**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione  
falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, dichiara di essere:

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

In qualità di *(barrare la voce che ricorre)*:

- Beneficiario (persona con disabilità che presenta istanza in proprio)  
 Genitore / Caregiver familiare  
 Legale rappresentante  Amministratore di Sostegno  Tutore  Curatore  Delegato del beneficiario

CHIEDE PER IL

*(da compilare solo in caso di delegato / tutore / procuratore / amministratore)*

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

la predisposizione del *Progetto di vita Dopo di Noi*, ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000 per gli interventi e i servizi previsti dalla Legge 22 giugno 2016, n. 112 e dal D.M. 23 novembre 2016 in favore dei soggetti disabili gravi privi di sostegno familiare o con genitori che non sono più nella condizione di garantire nel futuro prossimo il sostegno genitoriale.

A TAL FINE DICHIARA

Che il beneficiario è persona con necessità di sostegno intensive ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (da allegare all'istanza in busta chiusa con 'indicazione esterna "contiene dati relativi allo stato di salute");

di essere (*da sbarrare la condizione prevalente*):

persona con necessità di sostegno intensivo mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

persona con necessità di sostegno intensive i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

persona con disabilità grave già inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'art. 3, comma 4, del D.M. 23 novembre 2016, per la quale si richiede un percorso di deistituzionalizzazione;

persona con disabilità grave in favore della quale è stato reso disponibile patrimonio da parte di familiari o reti associative di familiari, ai sensi dell'art. 4, comma 4, del D.M. 23 novembre 2016.

Il beneficiario attualmente (*da sbarrare*):

Vive con i genitori / familiari

Vive in struttura residenziale (denominazione): \_\_\_\_\_ sede in \_\_\_\_\_

Altro (*specificare*): \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre,

Servizi e interventi già attivi sul caso (*indicare se presenti*): \_\_\_\_\_

Servizio Sociale Comunale (Assistente sociale referente): \_\_\_\_\_

Servizi ASP/ sanitari (referente): \_\_\_\_\_ Centro Diurno / CSE / SFA / CDD /

Altro: \_\_\_\_\_

Desideri, aspettative e preferenze del beneficiario rispetto al progetto di vita

*(da compilare con la partecipazione diretta della persona con disabilità ove possibile):*

---

Allega alla presente:

Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;

Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario;

Certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92 (da presentare in busta chiusa con l'indicazione esterna: "contiene dati relativi allo stato di salute");

Eventuale provvedimento di nomina quale Amministratore di Sostegno, Tutore, Curatore o delegato;

Attestazione ISEE sociosanitaria in corso di validità (ove disponibile);

Eventuale documentazione sanitaria integrativa e relazioni dei Servizi Sociali già attivi.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che le risorse del Fondo Dopo di Noi finanziano esclusivamente interventi e servizi e non prevedono l'erogazione di contributi monetari diretti e che la presente istanza costituisce richiesta di avvio del procedimento di valutazione e non attribuisce un diritto automatico all'attivazione degli interventi.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati relativi allo stato di salute, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e dell'Informativa allegata all'Avviso Pubblico.

**IL RICHIEDENTE**

*(Ai sensi del D.P.R. 445/2000, la firma non deve essere autenticata se apposta in presenza del dipendente addetto ovvero se la presente istanza è sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore.)*