



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

FASE 1 - AMMISSIONE

All'ente gestore dell'ambito PLUS di Macomer
per il tramite del Comune di _____

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGETTO PERSONALIZZATO L. 112/2016

Il sottoscritto, nella sua qualità di _____ diretto interessato/ _____ rappresentante legale

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

C.F. n. _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____ @ _____

Chiede, ai sensi della L. 112/2016 ("Dopo di Noi"), della DGR 52/12 del 22/11/2017 e seguenti, 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).

Il sottoscritto, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), dichiara ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, che:

1. Il beneficiario del progetto è (da compilare solo se il richiedente è persona diversa dal beneficiario):

- Nome _____ Cognome _____
- Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
- C.F. n. _____
- Residente a _____
- Via/Piazza _____ n. _____

- Telefono _____
e mail: _____@_____
2. il beneficiario del progetto è persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92, non determinata dal naturale processo di invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, accertata ai sensi di legge, con la seguente diagnosi: _____
 3. il beneficiario del progetto è privo di sostegno familiare in quanto:
 - _____ mancante di entrambi i genitori
 - _____ i genitori non sono in grado di fornire un adeguato sostegno genitoriale
 - _____ in vista del venir meno del sostegno familiare
 4. 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 _____;
 5. il nucleo familiare del beneficiario del progetto risulta così composto (*non riportare il nome del beneficiario*):

Cognome	Nome	Anno di nascita	Rapporto di parentela	Riportare se la persona si trova in condizione di disabilità o non autosufficienza documentata da idonea certificazione

6. che il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

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

7. che l' ISEE sociosanitario del beneficiario ammonta a euro _____
8. [] il beneficiario è in grado di produrre la scheda di valutazione delle autonomie in quanto preso in carico dal seguente servizio/struttura (descrivere nome e ubicazione della struttura)

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

10. che il beneficiario per la realizzazione del progetto personalizzato mette a disposizione il seguente patrimonio:

descrizione breve _____

in caso si tratti di immobile indicare anche:

situato in _____ Via _____

n° _____ di cui dispone a titolo di: _____

Luogo e data della sottoscrizione

Firma del dichiarante

Allega:

- scheda di valutazione delle autonomie
- ISEE socio sanitario in corso di validità
- Documento di identità e codice fiscale del beneficiario e del dichiarante, in caso di persona diversa dal beneficiario.

Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679: 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

Allegare scheda Privacy da parte di ciascuno dei Comuni dell'Unione.

È in grado di contare da solo il denaro che gli serve per effettuare l'acquisto									
Sa quando deve ricevere resto									
Sa quanto denaro deve ricevere di resto (anche con l'ausilio dello scontrino)									
Sa gestire un budget settimanale/mensile									
È in grado di acquistare un biglietto/abbonamento per i mezzi pubblici									
Riconosce la fermata/direzione/numero di un mezzo pubblico									
È in grado di prenotare la fermata in un mezzo pubblico									
Utilizza il mezzo pubblico per raggiungere i luoghi di interesse									
Raggiunge autonomamente a piedi luoghi conosciuti									
Riconosce e rispetta la segnaletica stradale									
Attraversa la strada in modo attento e sicuro									
Rispetta i semafori									
Si orienta in luoghi sconosciuti individuando riferimenti utili a raggiungere la meta									
Sa usare strategie di aiuto per ricevere informazioni (chiedere ad un passante, utilizzare mappe..)									
Possiede il concetto di organizzazione del tempo (organizzazione della giornata, della settimana)									
Ha la possibilità di stare solo in casa									
È capace di stare solo in casa									
Sa ordinare una colazione al bar									
Sa ordinare un pasto completo al ristorante									
Inclusione sociale e conoscenza del territorio ITEM	R	E	F	NOTE	R	E	F	NOTE	
Conosce i servizi del quartiere (negozi, tabaccheria, chiesa, cinema)									
Utilizza i servizi del quartiere									
Conosce i principali servizi pubblici									
È in grado di fruire da solo dei diversi servizi									
Partecipa ad alcune attività del territorio (associazioni, scout...)									

Sa fare una spesa funzionale alla preparazione di un pasto									
Sa farsi da mangiare									
Sa lavare i piatti									
Rigoverna la cucina e il luogo dove si mangia									
Sa usare la lavastoviglie									
Sa usare la lavatrice									
Sa stendere									
Sa stirare/riordinare l'armadio									
Sa riordinare/pulire la propria camera									
Sa riordinare/pulire tutti gli spazi della casa									
Sa abbellire/decorare la casa (in occasione di festività, ricorrenze)									
Pulisce i servizi igienici									
Lascia pulito dopo avere utilizzato i servizi igienici									
Conosce i vari prodotti per la pulizia della casa									
Conosce i vari strumenti per la pulizia della casa (spugne, stracci, spazzolone, scopa, aspirapolvere)									
Sa effettuare la raccolta differenziata									
Si sveglia in maniera autonoma e in maniera funzionale ad eventuali appuntamenti									
Va a letto ad un orario congruo rispetto agli impegni del giorno dopo									
Sa organizzare il tempo libero fuori dai propri impegni									
Rispetta le regole di convivenza									
Rispetta le cose degli altri									
Ha buone maniere a tavola									
Esprime il desiderio di condividere la camera con qualcuno/ di stare solo in camera									
Riconosce una eventuale situazione di pericolo (perdita di gas, acqua, inizio di incendio)									
Sa chi chiamare in caso di pericolo									
Conosce e sa gestire le spese della casa (utenze)									
Sviluppo e formazione ITEM	R	E	F	NOTE	R	E	F	NOTE	
Arriva in orario al corso/stage									

Avverte il responsabile/referente che arriverà in ritardo									
Avverte il responsabile quando è assente da per malattia/impegni									
Avverte il responsabile quando deve lasciare anticipatamente il luogo di formazione									
Rispetta i tempi concessi per le pause									
Chiede aiuto/chiarimenti quando necessario									
Accetta correzioni e richieste di modifica dei comportamenti sul luogo di formazione									
Corregge gli errori secondo le istruzioni									
Collabora con i colleghi di stage									
Riconosce le figure autorevoli e sa relazionarsi in maniera adeguata									
Mostra interesse a proseguire una formazione legata al suo corso di studi									
Mostra competenze/attitudini con riferimento al settore: agrario alberghiero catering segreteria/archivio magazzino									

Data _____

Firma dell'educatore

Firma del
