

OGGETTO: "Fondo Interventi alla persona con disabilità - Anno 2024"

__ I __ sottoscritt __ _____ nat __ a _____
il _____ residente a _____ Via _____
_____ n° _____ Tel. _____ C.F. _____

In qualità di:

- beneficiario
- familiare/Amministratore di Sostegno/Rappresentante legale

CHIEDE

In favore di _____ (rapporto di parentela _____)
nat __ a _____ il _____ C.F. _____
_____ residente a _____ Via _____
n° _____ Tel. _____

La predisposizione del progetto "Fondo Interventi alla Persona Con Disabilità" anno 2024, secondo le disposizioni approvate dal PLUS di Oristano come da verbale dell'Assemblea dei Sindaci n. 4 del 07.12.2022 per l'attivazione di:

- supporto educativo – EDUCATORE PROFESSIONALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato - OSS FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio qualificato- OSS FESTIVO;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FERIALE;
- supporto assistenziale a domicilio non qualificato – GENERICO FESTIVO.

A tal fine dichiara di essere:

- Cittadino residente in uno dei Comuni del Plus di Oristano affetto da disabilità fisica o mentale di età compresa tra i 18 ed i 64 anni;

In possesso di almeno uno tra i seguenti requisiti:

- Legge 104/92 art. 3;
- essere affetti da disabilità mentale/intellettuale in carico ai servizi sociali o sociosanitari;
- essere in carico al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze o ad altro Servizio sanitario.

Allega la seguente documentazione:

- Certificazione del servizio sanitario che ha in carico l'assistito;
- Verbale Legge 104/92, art.3;
- Attestazione ISEE 2024 prot.n. _____ del _____;
- Fotocopia documento d'identità del richiedente e/o del beneficiario e tessera sanitaria;
- Eventuale copia decreto nomina Amministratore di sostegno /Tutore/Curatore/Rappresentante legale;

_____, li _____

FIRMA

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa ex artt. 13-14 Reg. UE 2016/679, inerente il trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa medesima.

_____, li _____

FIRMA
