



### **DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

## **-MODULO Allegato A -**

### **Richiesta di accesso ai Progetti in materia di Vita Indipendente ed Inclusione nella società delle persone con disabilità**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Contatto telefonico \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

**(Compilare sotto solo in caso di presentazione da parte di altro soggetto diverso dal destinatario)**

in qualità di  amministratore di sostegno  tutore  curatore

in favore di \_\_\_\_\_

(Indicare estremi del provvedimento)

### **CHIEDE**

ai sensi delle linee di indirizzo – allegato F. del D.P.C.M. del 21.11.2019 e della Deliberazione di Giunta Regionale n. 42/16 del 25-10-2021

Per sé stesso

Per il proprio amministrato/familiare: \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Contatto telefonico \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Di essere ammesso come beneficiario dei Progetti in materia di Vita Indipendente ed Inclusione nella società delle persone con disabilità, proponendo l'attivazione di uno o più dei seguenti interventi (si possono barrare più caselle):



### **DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

#### A - MACROAREA ABITARE IN AUTONOMIA

##### **□ Percorso di supporto ed accompagnamento per la graduale acquisizione di autonomie domestiche in alloggio – palestra.**

(Attivabile con un minimo di n. 3 partecipanti per un minimo di sei mesi per gruppo)

##### **□ Intervento di supporto alla domiciliarità in soluzione alloggiativa per la vita in autonomia**

(Attivabile per un minimo di sei mesi)

Eventuali osservazioni, specificazioni, esigenze particolari (con riferimento alle attività prescelte)

---

---

---

#### B- MACROAREA INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE

##### **□ Laboratori sociooccupazionali**

(Attivabili con un minimo di n. 3 partecipanti per un minimo di 6 mesi per gruppo)

##### **□ Uscite e visite guidate sul territorio**

(Iniziative attivabili con un minimo di n. 5 partecipanti ed un massimo di n. 8)

Eventuali osservazioni, specificazioni, esigenze particolari (con riferimento alle attività prescelte)

---

---

---

subordinatamente alla valutazione positiva da parte dell'Unità di Valutazione Territoriale.

### **A tal fine DICHIARA**

- di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
  - disabilità certificata ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992 ss. mm. e ii.;
  - disabilità mentale e/o psichica in carico a strutture sanitarie pubbliche o private.
  
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:  
 scuola elementare  scuola media  titolo professionale  diploma  laurea

Specificare l'eventuale titolo di studio \_\_\_\_\_



### **DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ALES-TERRALBA**

Provincia di Oristano, Azienda ASL n.5. Comuni di: Albagiara, Ales, Arborea, Assolo, Asuni, Baradili, Baressa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Laconi, Marrubiu, Masullas, Mogorella, Mogoro, Morgongiori, Nureci, Pau, Pompu, Ruinas, San Nicolò D'Arcidano, Senis, Simala, Sini, Siris, Terralba, Uras, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villa Verde

- di essere disoccupato  SI  NO

Specificare eventuali precedenti esperienze lavorative:

---

---

- di essere ricoverato presso una struttura residenziale a bassa intensità terapeutica al momento della presentazione della domanda  SI  NO
- Di essere titolare di certificazione di invalidità civile  SI  NO

- di possedere il riconoscimento dell'handicap ai sensi della legge 104/92  SI  NO

Specificare comma \_\_\_\_\_

- Di percepire l'assegno di invalidità civile;  SI  NO
- Di essere beneficiario della legge 162/98;  SI  NO
- Di percepire indennità previdenziali previste dalla legge 20/97;  SI  NO
- Di percepire altre indennità previdenziali  SI  NO
- Di avere altre entrate economiche  SI  NO

Se si, specificare \_\_\_\_\_

---

- di essere inserito in Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità  SI  NO Se si, specificare \_\_\_\_\_

- di aver presentato istanza per l'inserimento in Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità  SI  NO Se si, specificare \_\_\_\_\_

In riferimento alla propria CONDIZIONE FAMILIARE

- di vivere solo  SI  NO

Se no, di vivere:

- con altri familiari disabili  SI  NO
- con genitori anziani  SI  NO in precarie condizioni di salute  SI  NO

In riferimento alle proprie CONDIZIONI ABITATIVE E AMBIENTALI

- di vivere in un'abitazione:  di proprietà  in affitto  alloggio AREA
- Con barriere architettoniche presenti  SI  NO
- Ubicata in area decentrata / con scarsa accessibilità ai servizi  SI  NO

- di beneficiare di eventuali altri SERVIZI (es. specificare se assistenza domiciliare, educativa, pasti caldi etc.)  SI  NO

Specificare \_\_\_\_\_

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

---