

1. Modulo domanda interventi gestionali

All'Ufficio di Piano del Legnanese
c/o Azienda Speciale Consortile So.LE
Via XX settembre, 30 – padiglione B5-
UFFICIO DI PROGRAMMAZIONE ZONALE
20025 Legnano

FONDO EX LEGGE 112 DEL 22 GIUGNO 2016 - “DOPO DI NOI”

Domanda per l'accesso ai contributi per gli interventi gestionali previsti dalla DGR 6674 del 07/06/2017

Il sottoscritto:

INFORMAZIONI RELATIVE AL RICHIEDENTE	
NOME:	
COGNOME:	
COMUNE DI RESIDENZA:	
INDIRIZZO:	
TELEFONO:	MAIL:

In qualità di:

- ☐ Beneficiario
- ☐ Familiare (indicare grado di parentela rispetto al beneficiario) _____
- ☐ Amministratore di sostegno/ Tutore/ Curatore (n° istanza) _____
- ☐ Rappresentate legale dell'Ente/ Associazione (indicare denominazione): _____

CHIEDE

Di partecipare al Bando per l'assegnazione delle risorse a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare – DOPO DI NOI- L.112/2016 in favore di:

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO
NOME:
COGNOME:

NATO A:	IL
CODICE FISCALE	
COMUNE DI RESIDENZA:	
INDIRIZZO:	
TELEFONO:	MAIL:

Per i seguenti interventi/progetti:

A) ☐ **sostegno accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare**

(voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona)

B) ☐ **sostegno alla residenzialità**

Tipologia alloggio:

☐ **gruppo appartamento con Ente gestore** (voucher mensile fino a € 500,00 per persona frequentante servizi diurni – voucher mensile fino a € 700 per persona non frequentante i servizi diurni)

☐ **gruppo appartamento autogestito** (contributo mensile fino a € 600,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)

☐ **Soluzione abitativa in Cohousing/Housing** (Buono mensile di € 900,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)

C) ☐ **Sostegno pronto intervento** (contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale).

A tal fine, consapevole che ai sensi dell'art. 46, 75, 76, del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA DISABILITA' DEL BENEFICIARIO	
DIAGNOSI MEDICA:	
INVALIDITA' CIVILE:	☐ SI ☐ NO _____ %
Di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92:	☐ SI ☐ NO
Di aver presentato istanza per il riconoscimento della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92:	☐ SI ☐ NO
Accompagnamento:	☐ SI ☐ NO

Di essere privo del sostegno familiare in quanto (barrare la condizione)

☐ mancante entrambi i genitori
☐ i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
☐ si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
☐ altro (specificare)

CONDIZIONE SOCIO- ECONOMICA	
CONDIZIONE ECONOMICHE (ISEE ORDINARIO):	€ _____
CONDIZIONE ECONOMICHE ISEE SOCIO-SANITARIO):	€ _____
DI AVER PRESENTATO DSU IN DATA:	

DICHIARA INFINE

- ☐ Di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- ☐ di essere consapevole che la domanda, qualora ammessa, prevede la realizzazione di una valutazione multidimensionale da parte di un'équipe composta da professionalità quali medico, psicologo o infermiere appartenenti all'ASST, e assistente sociale appartenente all'Ambito o al Comune di residenza e di accettarne gli esiti;
- ☐ di essere a conoscenza che il sostegno è prioritariamente garantito alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare in base alla necessità di maggiore urgenza (decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. 6674 del 07/06/2017;
- ☐ di impegnarsi a sottoscrivere progetto individualizzato;
- ☐ di impegnarsi a partecipare, se previsto, alle spese per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;
- ☐ a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno all'Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall'evento stesso.

Il sottoscritto oppure il rappresentante/ADS/tutore/curatore dichiara

- ☐ di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti;
- ☐ in relazione a quanto previsto dal D.LGS 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia dei dati personali) esprime il proprio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

ALLEGA:

- ☐ COPIA ATTESTAZIONE ISEE socio sanitario
- ☐ COPIA ATTESTAZIONE ISEE ordinario
- ☐ COPIA certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992
- ☐ COPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE
- ☐ COPIA SENTENZA DEL TRIBUNALE DI NOMINA DEL TUTORE/ADS DEL SOGGETTO FRAGILE
- ☐ ALTRO _____
- ☐ COPIA CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

FIRME:

Data

IL RICHIEDENTE

Se la domanda è presentata da Ente /Associazione si prevede la sottoscrizione del Beneficiario o Familiare o Ads/Tutore/Rappresentante Legale:

Cognome e Nome

FIRMA

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS 196/2003

I dati, le informazioni, le documentazioni che verranno raccolti e trattati durante il colloquio e gli eventuali successivi aggiornamenti, potranno essere utilizzati per gli interventi e per i servizi richiesti.

Acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili che potrà essere effettuato solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento si riferisce e per rilevanti finalità di interesse pubblico previste da norme di legge o regolamentari, ai sensi della suddetta legge.

Data _____

Firma del Richiedente / Ente/ ADS _____