

**PROGETTI DI UTILIZZO DEL FONDO PER IL DOPO DI NOI 2016 (DGR 6674/2017)
 MISURE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO
 FAMILIARE**

**DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE DEL DOPO DI NOI
 PRONTO INTERVENTO
 (persona fisica)**

La/Il sottoscritta/o

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

in qualità di diretto interessato

OVVERO

A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di:

TUTORE

CURATORE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

B) Nel caso la persona sia in stato d'impedimento temporaneo, in qualità di:

GENITORE o in sua assenza FRATELLO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) _____

DATI PERSONA AFFETTA DA GRAVE DISABILITA'

Codice fiscale	Cognome – Nome	Stato Civile
Data Nascita	Luogo Nascita	Provincia
Comune di Residenza	Indirizzo	n° telefono

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per l'assegnazione dei sostegni a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare – Dopo di Noi – (l. 112/2016 e DGR 6674/2017) annualità 2016
 e di poter attivare un progetto individuale, ai sensi dell'art. 14 legge 328/2000 relativo ai seguenti interventi:

INTERVENTI GESTIONALI

RICOVERI DI SOLLIEVO

Presso la struttura residenziale _____
per il periodo _____ prevedendo un costo giornaliero di € _____

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- di essere residente in uno dei 17 Comuni dell'Ambito Territoriale di Romano di Lombardia;
- di essere affetto da grave disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, condizione documentata da certificazione invalidità al 100% con riconoscimento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge (*come da certificazione allegata*);
- di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- di essere privo del sostegno familiare in quanto:
- mancante di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di garantire l'adeguato sostegno familiare
 - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
- di frequentare i seguenti servizi diurni:
- Servizio Formazione all'Autonomia (SFA)
 - Centro Socio Educativo (CSE)
 - Progetto Territoriale Disabili (PTD)
 - Centro Diurno Disabili (CDD)
- di beneficiare delle seguenti misure
- Servizio assistenza domiciliare (SAD)
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - Misura B2 FNA: buono care giver familiare
 - Misura B2 FNA: buono per accompagnamento alla vita indipendente
 - Misura Reddito Autonomia Disabili
 - Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali (RSD, CA, CSS)
 - Progetto Sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI)
 - Altro (specificare) _____
- Che la situazione di emergenza si è verificata a seguito di _____
- Di essere consapevole che l'erogazione dei benefici economici è subordinata alla sottoscrizione e al rispetto degli accordi definiti nel Progetto Individualizzato che verrà definito in seguito alla valutazione multidimensionale
- Di avere un I.S.E.E. ordinario pari a _____ e un I.S.E.E. sociosanitario pari a _____
- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione delle misure;
- il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alle misure;
- il trattamento è realizzato da personale dell'ASC Solidalia e dei Comuni anche con l'utilizzo di mezzi informatici.

preso atto dell'informativa di cui sopra, ai sensi del D.lgs. 196/2003, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere, ovvero l'erogazione del Voucher Sociale.

ALLEGA

- documento d'identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)
- codice fiscale del beneficiario
- verbale di invalidità civile
- certificato di riconoscimento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge
- ISEE per le prestazioni agevolate di natura socio sanitaria
- ISEE ordinario

Qualora vengano richiesti interventi infrastrutturali si allega in relazione alle singole unità immobiliari:

- Titolo di proprietà
- Planimetria dell'abitazione
- Preventivo di spesa per gli interventi di ristrutturazione
- Contratto d'affitto e preventivo spese condominiali

Luogo e dataFirma