



**AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AI SOSTEGNI DEL PROGRAMMA
OPERATIVO REGIONALE "DOPO DI NOI"
INTERVENTI GESTIONALI – ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA E
SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITÀ**

*ai sensi della DGR 3404/2020 Regione Lombardia – sulla base del piano territoriale approvato
dall'Assemblea dei Sindaci con verbale n.6 del 03/11/2020 con atto dirigenziale del 24/11/2020*

Modulo domanda di accesso

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
prov. _____ codice fiscale _____
Tel. _____

In qualità di beneficiario, tutore, curatore, amministratore di sostegno
 familiare (specificare _____), altro (specificare _____)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A A _____	PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
PROV _____	TEL _____
CODICE FISCALE _____	



CHIEDE

di accedere ad uno degli interventi gestionali

- Voucher per promuovere percorsi di accompagnamento all'autonomia
ovvero
- Supporto alla residenzialità in gruppi appartamento o soluzioni di cohousing/housing
 - Voucher residenzialità con ente gestore
 - Contributo residenzialità autogestita
 - Buono mensile per persona disabile grave che vive in cohousing/housing

secondo quanto definito nell'Avviso pubblico per l'accesso ai sostegni del Programma operativo regionale DOPO DI NOI – interventi gestionali –accompagnamento all'autonomia e supporto alla residenzialità.

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

DICHIARA

che il soggetto beneficiario del contributo

- è persona disabile grave
 - non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
 - ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge;
 - con età: 18/64 anni;
- e priva del sostegno familiare in quanto:
 - mancanti di 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;
- è in possesso di una regolare ATTESTAZIONE ISEE **SOCIO-SANITARIO** il cui Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) corrisponde ad € _____ come da DSU Prot. N. INPS-ISEE _____ rilasciata in data _____;

(per l'accesso al voucher per sostenere percorsi di accompagnamento all'autonomia)

- Frequenta un servizio diurno per disabili (specificare)
 - SFA
 - CSE
 - CDD



Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona

- NON frequenta un servizio diurno per disabili

(per l'accesso agli interventi di supporto alla residenzialità in gruppi appartamento o soluzioni di cohousing/housing)

- È già accolto in una soluzione residenziale tipo gruppi appartamento o soluzioni di cohousing/housing
- ha avviato, il beneficiario o la sua famiglia, un percorso di messa a disposizione di proprio patrimonio immobiliare

In particolare:

(per l'accesso al voucher residenzialità con ente gestore)

- Frequenta un servizio diurno per disabili (specificare)
 - SFA
 - CSE
 - CDD
- NON frequenta un servizio diurno per disabili

(per l'accesso al contributo residenzialità autogestita)

- Ha sostenuto, insieme ai "conviventi", e per remunerare il/gli assistenti personali regolarmente assunti o servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (esclusi i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni) spese che ammontano ad Euro _____

(per l'accesso al contributo buono mensile per persona disabile che vive in cohousing/housing)

- Ha sostenuto per remunerare il/gli assistenti personali regolarmente assunti o servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (esclusi i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni) spese che ammontano ad Euro _____

- Sta beneficiando dei seguenti interventi o delle seguenti misure:
 - Accoglienza residenziale in unità d'offerta sociosanitaria o sociale;
 - Misura B2 FNA: buono per accompagnamento alla vita indipendente
 - Progetto sperimentale Vita Indipendente (Pro.Vi.)
 - Voucher inclusione disabili;
 - Servizio di assistenza domiciliare comunale (SAD).

DICHIARA, inoltre,

di essere a conoscenza:

- dell'Avviso pubblico per l'accesso ai sostegni del Programma operativo regionale DOPO DI NOI: interventi gestionali – accompagnamento all'autonomia e supporto alla residenzialità e di tutto quanto in esso disciplinato;



**Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona**

- che l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71 e s.m.i., potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati e procedere ad idonei controlli.

Luogo, _____ **data** _____

Firma del richiedente _____

Allega alla presente domanda:

- Copia della carta d'identità e codice fiscale del richiedente e/o del rappresentante del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- Copia della certificazione di gravità rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- Attestazione ISEE SOCIO-SANITARIO in corso di validità.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art.10 de "Avviso pubblico per l'accesso ai sostegni del programma operativo regionale "DOPO DI NOI": Interventi gestionali – accompagnamento all'autonomia e supporto alla residenzialità" (ai sensi della DGR3404/2020 Regione Lombardia – sulla base del piano territoriale approvato dall'Assemblea dei Sindaci con verbale n.6 del 03/11/2020 con atto dirigenziale del 24/11/2020).

In fede (firma) _____

Luogo, _____ **Data** _____