



All'Ufficio di Piano  
Comune di Abbiategrasso

**DOMANDA PER ACCESSO AGLI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL  
SOSTEGNO FAMILIARE FONDO DOPO DI NOI L.N. 112/2016 (D.G.R. n. 275/2023)**

**A) Interventi gestionali**

Il sottoscritto:

**DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente in via/P.za \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**In qualità di**

- Beneficiario;**
- Appartenente alla famiglia del beneficiario;**
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del beneficiario;**  
(Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_)

**CHIEDE DI POTER PARTECIPARE ALL'AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI A FAVORE DI  
PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE FONDO DOPO DI NOI L.N. 112/2016  
(D.G.R. n. 275/2023) PER SE' / IN FAVORE DI:**

**INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente in via/P.za \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

- A1) Voucher annuale Accompagnamento all'autonomia**
  - Voucher annuale "Durante Noi"
  - Voucher annuale Accompagnamento all'autonomia

- A2) Interventi di supporto alla residenzialità in soluzioni alloggiative**
  - Voucher residenzialità con ente gestore
  - Contributo residenzialità autogestita
  - Buono mensile Cohousing/Housing

L'entità del contributo e del buono è calcolata sulla base delle spese sostenute per remunerare il/gli assistenti personali regolarmente assunti e servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)

- A3) Ricovero di 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. 75, 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli 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**

- ✓ Che il beneficiario ha una disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- ✓ Che il beneficiario è in condizioni di gravità così ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge;
- ✓ Che il beneficiario è privo 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.
- Che il beneficiario ha la seguente attestazione ISEE secondo le disposizioni del D.P.C.M. 159/2013 e relativi provvedimenti attuativi di riferimento in corso di validità al momento della presentazione della domanda
  - VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO \_\_\_\_\_
  - VALORE ATTESTAZIONE ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE \_\_\_\_\_
- ✓ Che il nucleo familiare del beneficiario è composto da:

N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				
5				

- ✓ Di aver preso visione della DGR 275/2023, delle Linee Operative e dell'Avviso pubblico per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare – Dopo di Noi L.N. 112/2016 e che sono posseduti i requisiti richiesti dallo stesso;
- ✓ Di non riportare le incompatibilità presenti per ciascun Intervento nella DGR 275/2023;

- ✓ Che il beneficiario acconsente alla valutazione multidimensionale della propria situazione personale, come previsto dall'Avviso pubblico;
- ✓ Che il beneficiario, in caso di ammissione della domanda, si impegna a seguire il percorso previsto dall' "Ipotesi di intervento" allegata all'istanza e dal Progetto Individuale che verrà redatto;
- ✓ Di impegnarsi a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, decesso del beneficiario) del diritto di fruizione degli interventi all'Ufficio di Piano.

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente**

\_\_\_\_\_

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (Barrare)**

- Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- Attestazione ISEE in corso di validità del beneficiario;
- Copia fotostatica della certificazione di invalidità rilasciata ASL/INPS
- Copia fotostatica della certificazione di gravità ex art. 3 c.3 della Legge 104/1992;
- Copia documentazione di attestazione della tutela/curatela/amministrazione di sostegno per i richiedenti tutori/curatori/amministratori di sostegno;
- Permesso di soggiorno per i richiedenti stranieri in corso di validità;
- Ipotesi di Intervento sottoscritta e allegati richiesti;**
- Dichiarazione possesso dei requisiti nel caso di sottoscrizione dell'Ipotesi di Intervento da ente gestore;**
- Copia fotostatica della comunicazione all'INPS di avvio rapporto di lavoro ed eventuale copia fotostatica del contratto di lavoro (limitatamente alle misure che prevedono la presenza di un assistente personale/educativa)

**DICHIARAZIONE**

**DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL CONFERIMENTO E TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dichiara inoltre di aver letto e compreso l'Informativa sulla privacy "Informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della gestione del Comune di Abbiategrasso ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 10 del decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 51" allegata all'Avviso pubblico ed esprime con la firma in calce (o digitale), il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente**

\_\_\_\_\_