



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. 2912/2024)
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. 2912/2024) 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 è una persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo 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 **2912/2024**, delle Linee Operative e dell'Avviso pubblico per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo 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 2912/2024;

- ✓ 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)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">☐ 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
