Allegato 1: DOMANDA PER L’ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI GESTIONALI

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

Domanda per l’accesso ai contributi per gli interventi gestionali previsti dalla DGR 3404 del 20/07/2020

All’Ufficio di Piano

c/o AZIENDA SOCIALE COMASCA E LARIANA

Via Italia Libera 18/A

22100 Como

**Il sottoscritto:**

**INFORMAZIONI RELATIVE AL RICHIEDENTE**

NOME:

COGNOME:

COMUNE DI RESIDENZA:

INDIRIZZO:

TELEFONO:

MAIL:

**In qualità di**

* **Beneficiario**
* **Familiare**
* **ADS/Tutore/Rappresentante Legale ………………………………………………………………………………………….**
* **Rappresentante legale dell’Ente /Associazione: indicare denominazione**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**CHIEDE**

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

**INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO**

COGNOME:

NOME:

NATO A: IL

CODICE FISCALE:

COMUNE DI RESIDENZA:

INDIRIZZO:

TELEFONO:

MAIL:

**per i seguenti progetti/ interventi:**

**A) Sostegno accompagnamento all’autonomia per l’emancipazione dal contesto familiare**

(voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile di voucher fino a € 600,00 annuo per consulenza /sostegno alla famiglia)

**B) Sostegno alla residenzialità**

 Tipologia di 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 € 700,00 a persona e comunque non superiore all’80% del costo del personale)

 **(***è possibile barrare una sola opzione tra A, B***)**

**C) Sostegno per ricoveri di sollievo/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 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**

**INFORMAZIONI SULLA DISABILITA’ DEL BENEFICIARIO**

DIAGNOSI MEDICA:

INVALIDITA’ CIVILE: SI’ **□** NO **□** Percentuale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SI’ □ NO □

ACCOMPAGNAMENTO: SI’ **□** NO **□**

**INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTESTO FAMILIARE**

|  |
| --- |
| **COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO (solo conviventi)** |
| *RAPPORTO DI PARENTELA* | *COGNOME e NOME* | *DATA DI NASCITA* |
| Beneficiario |  |  |
| Padre |  |  |
| Madre |  |  |
| Fratello/sorella |  |  |
| Altri |  |  |

**di essere privo del sostegno familiare in quanto *(barrare la condizione)*:**

* mancante 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
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA**

CONDIZIONI ECONOMICHE (ISEE ORDINARIO): € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONDIZIONI ECONOMICHE (ISEE SOCIO- SAN): € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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. 3404/2020);
* di impegnarsi a sottoscrivere progetto individualizzato;
* di impegnarsi a compartecipare, 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 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;

**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
* 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

IL RICHIEDENTE

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Trattamento dei dati Personali**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per l’accesso alle Misure ex L. 112/2016 sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16. La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dagli artt. 22 e 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati è l’Azienda Sociale Comasca e Lariana.

Il Responsabile del Trattamento dei dati è il Direttore e Amministratore Unico dott. Gianpaolo Folcio.

Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

data......................... Firma del Richiedente ……………………………………