

Allegato 1. Istanza di Valutazione per l'accesso alle Misure

Programma Operativo Regionale "Dopo di noi"
D.G.R. n. XI/6218 del 04/04/2022
Domanda di valutazione per l'accesso alle misure

Al Comune di _____

Ambito Territoriale di Trezzo sull'Adda

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

Email _____ tel. _____

Codice fiscale _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

in qualità di

DIRETTO INTERESSATO

ovvero di

FAMILIARE - Grado di parentela _____

TUTORE nominato con decreto n. del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____ del sig.
(cognome nome) _____

Nato a _____ il _____ Sesso M/F

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via Tel. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

E-mail _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____

CHIEDE

l'accesso alle misure previste dalla DGR 6218/2022, come di seguito riportato:

(Barrare le misure che si intende richiedere)

Misure infrastrutturali

Denominazione	Misura	Descrizione	Barrare le misure che si intende richiedere
INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DELL'ABITAZIONE	A	contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi e messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)	
SOSTEGNO DEL CANONE DI LOCAZIONE/SPESE CONDOMINIALI	B1	canone locazione	
	B2	spese condominiali	

Misure gestionali

Denominazione	Misura	Descrizione	Barrare le misure che si intende richiedere
ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA	C1	voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia	
	C2	voucher "Durante Noi"	
SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITÀ	D	voucher per gruppo appartamento con Ente gestore	
	E	contributo per gruppo appartamento autogestito	
	F	buono mensile per cohousing/housing	
RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO	G	contributo pronto intervento	

N.B. Le misure A. B1. B2. e E. o F. sono tra loro cumulabili.

Le misure C1. e C2. sono tra loro cumulabili.

Le misure C1. e C2. e G. sono tra loro cumulabili.

Le misure A. e D. sono tra loro cumulabili.

A tal fine:

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;
- consapevole che i diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

La presenza dei requisiti di seguito elencati per la persona richiedente che beneficerebbe dei sostegni DOPO DI NOI:

Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;

Assenza del sostegno familiare in quanto il richiedente è mancante di entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno;

DICHIARA inoltre

che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;

di essere a conoscenza e di accettare che l'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda sarà utilizzato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi;

che la persona per cui si presenta domanda si trova nella seguente situazione familiare:

CONVIVENTE CON:

02 - Ambedue i genitori
03 - Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
04 - Padre
05 - Padre + fratello/i + sorella/e
06 - Madre
07 - Madre+ fratello/i + sorella/e
08 - Fratello/i + sorella/i
09 - Solo (senza familiari)
10 - Altro
11 - padre + fratello/i + sorella/e

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (es malattie invalidanti, carichi familiari, ...)

Frequenta la seguente struttura diurna

Sita a _____

Gestita da _____

Frequenta la seguente struttura residenziale _____

Sita a _____

Gestita da _____

ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE

- Verbale d'invalidità da cui si evince la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n.104/1992
- Carta d'identità del beneficiario e del richiedente
- Modulo allegato relativo alla tipologia di sostegno richiesto A, B1, B2, C1, C2, D, E, F, G
- ISEE socio-sanitario in corso di validità

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA RELATIVA ALLA PRIVACY

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di residenza saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

La finalità del trattamento è la Domanda di valutazione sociale per l'accesso alle misure previste dal Programma Operativo Regionale "Dopo di Noi" - D.G.R. n. 6218 del 04/04/2022, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare seguito alla misura.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei, gestito con misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

I dati saranno raccolti e comunicati nel rispetto della suddetta normativa, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS e all'ASST territorialmente competenti e a Regione Lombardia.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

Con la firma in calce l'interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e dati particolari per la suddetta finalità.

Data e luogo _____ Firma _____

Sottoscrivo