



Amministrazione destinataria

Comune di Abbiategrasso

Ufficio destinatario

Ufficio di Piano

## Domanda di accesso agli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare fondo "Dopo di noi" – interventi gestionali

**Legge 22/06/2016 n. 112 - Deliberazione di Giunta Regionale 15/05/2023 n. XII/275**

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

### Soggetto interessato

- riferito a sé stesso  
 riferito alla persona di seguito specificata

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)									

### In caso di tutore, curatore o amministratore di sostegno

Numero Decreto	Data	Tribunale
----------------	------	-----------

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

## CHIEDE

di poter partecipare all'avviso pubblico per l'accesso agli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare fondo "Dopo di noi"

- A1) voucher annuale accompagnamento all'autonomia
  - voucher annuale "Durante noi"
  - voucher annuale accompagnamento all'autonomia
- A2) interventi di supporto alla residenzialità in soluzioni alloggiative *(L'entità del contributo e del buono è calcolata sulla base delle spese sostenute per remunerare gli assistenti personali regolarmente assunti e servizi relativi ad assistenza tutelare o educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni))*
  - voucher residenzialità con ente gestore
  - contributo residenzialità autogestita
  - buono mensile cohousing/housing
- 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)*

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### 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 della Legge 05/02/1992 n. 104, art. 3, c. 3 accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge
- che il beneficiario è privo del sostegno familiare in quanto
  - 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

- che il beneficiario ha la seguente attestazione ISEE secondo le disposizioni del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 05/12/2013 n. 159 relativi provvedimenti attuativi di riferimento in corso di validità al momento della presentazione della domanda

- valore attestazione ISEE ordinario

Importo

€

- valore attestazione ISEE per prestazioni socio sanitarie

Importo

€

che oltre al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

**componente n. 1**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela	% Disabilità	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**componente n. 2**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela	% Disabilità	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**componente n. 3**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela	% Disabilità	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela	% Disabilità	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

- di avere preso visione della Deliberazione di Giunta Regionale 15/05/2023 n. XII/275, 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 Legge 22/06/2016 n. 112 e che sono posseduti i requisiti richiesti dallo stesso
- di non riportare le incompatibilità presenti per ciascun Intervento nella Deliberazione di Giunta Regionale 15/05/2023 n. XII/275
- 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

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- certificazione di gravità in corso di validità ex Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 3, c. 3
- copia del documento d'identità del beneficiario se diverso dal richiedente
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia fotostatica della comunicazione all'INPS di avvio rapporto di lavoro
- copia fotostatica del contratto di lavoro
- dichiarazione di possesso dei requisiti nel caso di sottoscrizione dell'ipotesi di intervento da ente gestore
- documentazione attestante lo stato di invalidità
- documentazione attestante la tutela, curatela o amministrazione di sostegno per i richiedenti tutori, curatori o amministratori di sostegno
- ipotesi di intervento sottoscritta e allegati richiesti
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Abbiategrasso

Luogo

Data

il dichiarante