

**DOMANDA DI ACCESSO
INTERVENTI GESTIONALI
Programma operativo "Dopo di Noi" L. 112/2016**

Il/la sottoscritto/a

Nome e cognome			
Codice fiscale			
Genere	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>
			Femmina
Data di nascita			Età
Comune di nascita			Prov.
Residente a		C.A.P.	Prov.
via e nr. civico			
@mail			
Telefono		Cell.	

In qualità di

<input type="checkbox"/>	Persona con disabilità
<input type="checkbox"/>	Familiare: specificare
<input type="checkbox"/>	Amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	Tutore
<input type="checkbox"/>	Curatore

<input type="checkbox"/>	Legale rappresentante dell'Ente Pubblico/Privato di cui sotto:		
	Nominativo Ente		
	Sede legale: Comune di	C.A.P.	Prov.
	via e nr. civico		
	C.F. e P.IVA		
	Telefono	Cell.	
	E-mail		

In nome e per conto di (compilare solo se la domanda non è presentata dal possibile diretto beneficiario)

Nome e cognome			
Codice fiscale			
Genere	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>
			Femmina
Data di nascita			
Comune di nascita			Prov.
Residente a	C.A.P.	Prov.	
via e nr. civico			
@mail			
Telefono	Cell.		

CHIEDE L'ACCESSO AI SEGUENTI INTERVENTI:

Percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la de-istituzionalizzazione

- **VOUCHER di accompagnamento all'autonomia**, per attività rivolte alla persona.
- **VOUCHER "Durante Noi"**, a incremento del precedente, per attività sul contesto familiare.

Interventi di supporto alla residenzialità

- **VOUCHER: Gruppo appartamento o Comunità alloggio "temporanea" con Ente gestore**
- **CONTRIBUTO: Gruppo appartamento** per almeno 2 persone con disabilità che si autogestiscono: erogato alle persone disabili gravi che vivono in residenzialità;
- **BUONO: per persone che vivono in soluzioni di Cohousing/Housing.**

Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare

- **CONTRIBUTO: giornaliero** pro capite **fino ad un massimo di € 100** comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale e **per massimo 60 giorni**, commisurato al reddito familiare.

A TAL FINE DICHIARA CHE

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

Il nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Codice fiscale	Data di nascita	Luogo di nascita

In merito alla condizione del beneficiario dell'intervento:

- La persona è riconosciuta disabile grave ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92;
- La persona non presenta comportamenti auto/etero aggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, la cui compatibilità con le tipologie di interventi e residenzialità oggetto del bando sarà oggetto di valutazione.

La persona è priva 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

La condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia è la seguente:

Persona disabile (ISEE sociosanitario)

Valore ISEE Euro _____

Famiglia della persona con disabilità (ISEE ordinario)

Valore ISEE Euro _____

In merito alla frequenza dei servizi diurni e alla fruizione di servizi/benefici:

- La persona NON frequenta servizi diurni
- La persona frequenta il seguente servizio diurno
 - CDD
 - CSE
 - SFA
 - Altro servizio (specificare)

Denominazione servizio _____

Con sede a _____

- La persona NON fruisce di altri servizi/benefici
- La persona fruisce o è in attesa di fruire di servizi/benefici

Denominazione servizio/beneficio _____

Erogato da _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per le diverse tipologie di intervento:

➤ **Percorsi di accompagnamento all'autonomia**

- Prima fase di avvio, della durata massima di due anni (non ripetibile)
- Seconda fase o intermedia, durata 1 anno (ripetibile per un altro anno), dove è necessario sperimentare più distacchi temporanei e per più giornate
- Terza fase o conclusiva, durata 1 anno (ripetibile per un altro anno) deve essere necessario prevedere un passaggio ad una sede abitativa residenziale, come previste dalla dgr.2912/2024.

➤ **Supporto alla residenzialità - Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore**

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in appartamento con Ente gestore

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

Regolarmente autorizzato al funzionamento con provvedimento:

Numero e data del provvedimento _____

Rilasciato da _____

➤ **Supporto alla residenzialità - Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito**

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in gruppo appartamento autogestito

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

In coabitazione con le seguenti persone disabili:

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

La persona beneficiaria

- Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali
- Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di euro _____

➤ **Supporto alla residenzialità** - *Buona residenzialità in cohousing/housing*

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in residenzialità in cohousing/housing

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

La persona beneficiaria

- Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali
- Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di euro _____

➤ **Pronto Intervento** - *Contributo accoglienza residenziale in situazioni di emergenza*

Ricovero a decorrere dal _____ al _____

Per un totale di n. _____ giorni

Per un costo presunto giornaliero di euro _____

Costo giornaliero della retta assistenziale (come da Carta dei Servizi dell'Ente gestore) euro _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per gli enti o associazioni erogatori degli interventi:

(Compilare solo se il richiedente è ente o associazione)

- Possiede comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie.
- È iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali o altro registro /albo:
 - Registro di iscrizione _____
 - Numero iscrizione _____
 - Data di iscrizione _____
- Sono assenti in capo al legale rappresentante condanne penali o procedimenti penali in corso.
- Non vi sono situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia.

DICHIARA INFINE

- o di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente le condizioni;
- o di essere a conoscenza che l'accesso ai benefici richiesti comporta la valutazione da parte di un'équipe multidisciplinare e la redazione di un progetto individuale;
- o di essere a conoscenza che il comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli a campione sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate. Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il comune ne darà comunicazione all'Ufficio di Piano dell'Ambito di Romano di Lombardia per la sospensione/revoca del beneficio e si attiverà per l'eventuale recupero dei benefici concessi;
- o di autorizzare il comune di residenza e l'Ambito di Romano di Lombardia al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

Data e luogo,

Il Dichiarante

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA DOMANDA

Per tutti i richiedenti	<ul style="list-style-type: none">• Fotocopia della carta di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario• Certificazione di grave disabilità del beneficiario ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92• Per le richieste presentate da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia dell'atto legale di nomina
Per i soli richiedenti il Voucher Residenzialità in appartamento con Ente gestore	<ul style="list-style-type: none">• Certificazione di inserimento, avvenuto o di prossima realizzazione, rilasciato dall'Ente gestore dell'appartamento
Per i soli richiedenti il Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito	<ul style="list-style-type: none">• Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato
Per i soli richiedenti il Buono residenzialità in cohousing/housing	<ul style="list-style-type: none">• Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato
Per i soli richiedenti il Contributo per accoglienza residenziale in situazioni di Pronto Intervento/Sollievo	<ul style="list-style-type: none">• Preventivo di spesa relativo all'inserimento in struttura