

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



Al Comune di residenza della persona.

COMUNE DI _____

DOPO DI NOI – DGR n. 2912/2024

*DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON
DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO*

INTERVENTI GESTIONALI

RICHIEDENTE

Cognome Nome

nato/a a prov. il

residente a in via / piazza n.

telefono codice fiscale

e-mail

pec

in qualità di:

- beneficiario
- Amministratore di sostegno
- Tutore
- Curatore
- familiare (specificare: _____)

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome nome

nato/a a prov. il

residente a in via / piazza n.

telefono codice fiscale

CHIEDE

in attuazione della DGR n. 2912/2024 i seguenti interventi previsti dalla normativa (barrare le voci interessate):

INTERVENTI GESTIONALI comprendenti per i seguenti progetti/interventi:

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

- Voucher "sostegno e accompagnamento all'autonomia";
- Voucher annuale "Durante Noi";

B) Supporto alla residenzialità

Tipologia di alloggio:

- Voucher:** Gruppo appartamento gestito da Ente gestore/ Comunità alloggio sociali per disabili (CA) e Comunità Socio-Sanitarie per disabili (CSS).(Per CA e CSS permanenza "temporanea" vedasi DGR 2912/2024);
- Contributo:** Gruppo appartamento autogestito;
- Buono:** Soluzione abitativa in Cohousing/Housing.

specificare l'Ente gestore (ove presente):

C) Interventi di permanenza temporanea in soluzioni abitative extra-familiare (ricoveri di pronto intervento/sollievo).

- ricoveri di pronto intervento/sollievo.

Consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.

DICHIARA CHE

Il beneficiario

- è persona con necessità di sostegno intensivo non determinato da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- è persona con necessità di sostegno intensivo ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, accertato nelle modalità indicate nell'art. 4 della medesima Legge;

- è privo/a del sostegno familiare in quanto: (barrare la casella interessata);
 - mancante di entrambi i genitori;
 - i genitori non sono in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale;
 - considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare;
- è persona con necessità di sostegno intensivo, che, per esigenze progettuali, relative all'abitare al di fuori della famiglia di origine, è:
 - in possesso di risorse economiche e/o con genitori ancora in grado di garantire il sostegno genitoriale;
 - già inserita in strutture residenziali per le quali emerga una necessità di rivalutazione delle condizioni abitative (percorso di deistituzionalizzazione);
- non presenta comportamenti auto/etero-aggressivi, ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale, complesse;
- presenta comportamenti auto/etero-aggressivi, ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale, complesse;

frequenta servizi sanitari diurni SI NO
 se sì, presso

frequenta Servizi sociali/socio-sanitari (SFA, CSE, CDD, CDI) SI NO
 se sì, presso

è inserito in gruppo appartamento, cohousing, housing SI NO
 se sì, presso
 indicare, se presente, l'Ente Gestore.....

il nucleo familiare anagrafico è così composto (inserire anche i dati del beneficiario):

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	DI LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

- la tipologia di presenza dell'assistente personale regolarmente assunto (barrare le caselle interessate):
 - nessuno
 - 24 ore
 - Tempo pieno > 7 ore
 - Tempo parziale < 7 ore

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che nel caso di erogazione del beneficio, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

SI IMPEGNA INOLTRE A

- sottoscrivere il Progetto individuale e se del caso, sottoscrivere delega alla riscossione nel caso di prestazioni fornite da Ente terzo individuato nel Progetto individuale;
- autorizzare visite domiciliari di operatori del Comune di residenza ai fini del monitoraggio periodico sull'assistenza prestata e sulla destinazione delle risorse per gli usi concordati nel progetto di intervento;
- documentare le spese sostenute;
- comunicare (entro 30 giorni e per iscritto) al Comune di residenza:
 - o eventuale decesso;
 - o eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
 - o eventuale trasferimento;
 - o modifica della composizione del nucleo familiare;
 - o modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
 - o aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare.

COMUNICA

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la propria istanza al seguente indirizzo e-mail:

In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.

Titolare del trattamento dati e Responsabile della protezione: Comune di Gallarate – Via Verdi, 2 – 21013 Gallarate (VA) – posta elettronica certificata: protocollo@pec.comune.gallarate.va.it – tel 0331.754111. I dati, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Distretto di Zona di Gallarate e dei Comuni facenti parte del Distretto su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività del Distretto e comunale. I destinatari dei dati personali sono il Distretto, i Comuni facenti parte e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a

ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante
acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo e data,

In fede

.....
(firma)

Si allegano:

- Eventuale titolo di soggiorno se cittadino non comunitario;
- Copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e del delegato alla riscossione (ove presente);
- Copia della certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile;
- Documento bancario da cui si evinca l'IBAN sopra-indicato.