

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



Modulo persona fisica

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 INFRASTRUTTURALI

RICHIEDENTE (se persona fisica)

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

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

INTERVENTI INFRASTRUTTURALI comprendenti:

- sostegni per adeguamenti per la fruibilità dell'ambiente domestico;
- sostegno del canone di locazione/ spese condominiali/utenze:
 - contributo mensile a sostegno degli oneri della locazione/utenze;
 - contributo annuo a sostegno delle spese condominiali;

riferiti all'unità immobiliare sita nel Comune di _____ in via/ piazza _____ n. ____ .

tipologia di alloggio:

- Gruppo appartamento _____
- Soluzione abitativa in Cohousing/housing _____
- abitazione della persona con disabilità o della sua famiglia messa a disposizione per la realizzazione delle residenzialità di cui al Programma regionale.

(N.B.: L'accesso al finanziamento è vincolato al requisito di immobili ubicati esclusivamente nei Comuni dell'Ambito di Gallarate. Il contributo non è erogabile alla singola persona per il proprio appartamento, eccezion fatta se essa mette a disposizione il proprio appartamento per dividerlo con altre persone (residenzialità autogestita).

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
 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 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
 - Qualificato 24 ore
 - Qualificato tempo pieno > 7 ore
 - Qualificato tempo parziale < 7 ore

- Altro
- beneficia di Servizi/interventi:
 - Contributi economici;
 - SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare);
 - ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);
 - Supporto alla residenzialità del "Dopo di noi";
 - Misura B1 (Edizione 2024);
 - Misura B2 (Edizione 2024);
 - Protesi/ausili (Legge 23/1999);
 - Progetto vita indipendente (PRO.VI);
 - Accoglienza residenziale in Unità d'offerta socio-sanitarie o sociali;
 - Progetto vita indipendente (FNA);
 - altro:
- in possesso di ISEE socio-sanitario in corso di validità, ammontante ad €. _____ pratica n. _____ data attestazione: _____; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013;
- di aver sottoscritto un contratto di locazione tuttora in corso di validità di essere a conoscenza che sarà effettuata la valutazione multidimensionale, da parte di un'Equipe composta da Operatori dell'Azienda Socio - Sanitaria territoriale (ASST) e Assistenti sociali dei Comuni/Ambito Territoriale di Gallarate.

DICHIARA ALTRESI'

- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI" DGR 2912/2024.

In caso di sostegno del canone di locazione/utenze e spese condominiali:

- impegnarsi a presentare la documentazione tecnica che verrà richiesta (contratto di locazione e documentazione attestante la tipologia di appartamento/struttura in cui la persona è inserita e/o spese condominiali).

In caso di adeguamento per la fruibilità dell'ambiente domestico:

- di voler utilizzare il contributo richiesto per la realizzazione della residenzialità di cui al presente avviso, mettendo a disposizione la propria abitazione;

oppure:

- di voler utilizzare il contributo richiesto per la realizzazione della residenzialità di cui al presente avviso, per una soluzione abitativa di Cohousing/Housing, gruppo appartamento;
- di non essere beneficiario di contributi a carico di risorse regionali/nazionali per la medesima tipologia di intervento;

- modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
- 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.

Documentazione aggiuntiva da produrre in caso di domanda di accesso al contributo a sostegno dell'intervento di **adeguamento per la fruibilità dell'ambiente domestico**:

- Documento attestante la titolarità dell'immobile per il quale si richiede il contributo;
- Dettaglio degli interventi di adeguamento per la fruibilità dell'ambiente domestico che saranno realizzati tramite le risorse previste dall'Avviso, comprensivo di preventivo di spese e relativa descrizione contenente anche l'indicazione dell'importo del contributo richiesto;
- Planimetria dell'immobile/appartamento.

Documentazione aggiuntiva da produrre in caso di domanda di accesso al **contributo a sostegno del canone di locazione /spese condominiali/utenze**:

- Contratto di locazione regolarmente registrato e in corso di validità;
- Documento attestante la titolarità dell'immobile;
- Documentazione comprovante le spese sostenute.