

# AMBITO TERRITORIALE DI DESIO



Comune  
di Bovisio  
Masciago



Comune  
di Cesano  
Maderno



Comune  
di Desio



Comune  
di Limbiate



Comune  
di Muggiò



Comune  
di Nova  
Milanese



Comune  
di Varedo

all.C

**Programma operativo Regionale "Dopo di noi"  
D.G.R. 6674 del 7.6.2017  
Istanza di valutazione per l'accesso alle misure**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ambito Territoriale di DESIO

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

## CHIEDE

per se stesso:

A favore di (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

in qualità di:

Familiare (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

Tutore - Provvedimento di nomina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_

Curatore - Provvedimento di nomina n\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_

Amministratore di sostegno - Provvedimento di nomina n\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Tribunale di \_\_\_\_\_

### **L'ACCESSO ALLA MISURE PREVISTE DALLA DGR 6674 del 7.6.2017**

(Barrare le misure che si intende richiedere e compilare il relativo modello, come di seguito dettagliato)

#### **MODELLO 1. per :**

A. eliminazione di barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici.

#### **MODELLO 2. per :**

B1. canone locazione

B2. spese condominiali

#### **MODELLO 3. per :**

C1. voucher per accompagnamento all'autonomia

C2. Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia

#### **MODELLO 4. per :**

D1. voucher per gruppo appartamento con Ente gestore

D2. contributo per gruppo appartamento autogestito

D3. buono mensile per cohousing / housing

#### **MODELLO 5. per :**

E. Contributo pronto intervento

*N.B. Le misure A, B1, B2 e D2 o D3 sono tra loro cumulabili.*

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

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

*Le misure A. e D1. 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 diversi sostegni 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**

- 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 viene richiesta la misura:

ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

**che si allega.**

Presenta ISEE per l'anno 2018 pari a \_\_\_\_\_ **che si allega;**

*N.B. Ai soli fini dell'attribuzione del punteggio sulla situazione economica patrimoniale deve essere allegata anche la DSU familiare per ISEE ordinario del richiedente.*

Presenta la seguente situazione familiare:

- entrambi i genitori e almeno un fratello/sorella;
- coniuge / convivente e figli;
- entrambi i genitori;
- coniuge / convivente;
- un solo genitore e almeno un fratello/sorella;
- un solo genitore;
- almeno un fratello;
- solo;

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare che rilevino assenza del sostegno familiare o una prospettiva nella quale si considera il venir meno di tale sostegno (a titolo esemplificativo: malattie invalidanti, carichi familiari, presenza di più soggetti disabili nel nucleo familiare...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frequenta la seguente struttura diurna \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_

Gestita da \_\_\_\_\_

Frequenta la seguente struttura residenziale \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_

Gestita da \_\_\_\_\_

In caso di accoglimento della domanda, e solo nel caso in cui sia prevista una liquidazione del beneficio economico, si avvarrà della seguente modalità di riscossione:

**accredito sul conto corrente bancario (NO LIBRETTO POSTALE) di cui si allega copia fotostatica di un documento bancario in cui siano presenti i seguenti dati:**

- codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere)
- Intestatario del conto corrente bancario
- Codice Fiscale dell'intestatario del conto corrente bancario (di cui si allega fotocopia)

**Si allega/allegano il/i MODELLO/I specifico/i delle misure indicate di cui si chiede l'attivazione.**

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Allegare certificato di identità in corso di validità del dichiarante.**

**Estratto di informativa relativa alla Privacy**

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia.

L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_