



BOVISIO MASCIAGO CESANO MADERNO DESIO LIMBIATE MUGGIÒ NOVA MILANESE VAREDO

**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 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:

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 in corso di validità pari a _____ **che si allega;**

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.