

l'accesso alle misure previste dalla DGR 4749/2021, come di seguito riportato:
(Barrare le misure che si intende richiedere)

➤ **Interventi infrastrutturali:**

TIPOLOGIA A

- Contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi e messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)

TIPOLOGIA B

- Contributo ai costi della locazione e spese condominiali

➤ **Interventi gestionali:**

TIPOLOGIA C

- C.1. Voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia incrementabile con:
- C.2. Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia

TIPOLOGIA D

- D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento con ente gestore
- D.2 Voucher per il supporto alla residenzialità autogestita
- D.3 Buono mensile per cohousing/housing

TIPOLOGIA E

- Contributo per ricoveri in pronto intervento

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 servizi 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

La presenza dei requisiti di seguito elencati per la persona per cui presenta la richiesta

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto il richiedente è mancante di entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno;

Inoltre 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 si presenta domanda si trova nella 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 (es malattie invalidanti, carichi familiari, ...)

Frequenta la seguente struttura diurna _____

sita a _____ gestita da _____

Frequenta la seguente struttura residenziale _____

sita a _____ gestita da _____

ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE

- Verbale d'invalidità da cui si evince la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n.104/1992;
- Carta d'identità beneficiario e ove necessario del curatore/tutore/amministratore di sostegno;
- Modulo allegato relativo alla tipologia di sostegno richiesto A, B, C, D o E;
- ISEE socio sanitario in corso di validità;

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati).

Data e luogo _____

Firma _____

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia A
Domanda di accesso al contributo per interventi di adeguamento dell'ambiente domestico

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

DICHIARA

Che gli interventi strutturali per cui si richiede contributo si realizzeranno presso (barrare le voci che interessano):

- Gruppo appartamento, soluzione abitativa di cohousing/housing:**
(specificare di seguito)
- di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei famigliari;
 - di proprietà dell'Ente pubblico;
 - di edilizia popolare;
 - di proprietà di Ente privato no profit ONLUS
- L'abitazione della persona disabile grave (se in condivisione con altra persona con disabilità) messa a disposizione per la realizzazione degli interventi di cui al presente programma. Compilare MODELLO 1**

DICHIARA INOLTRE

- di essere proprietario/titolare dell'appartamento sito a _____
In via _____
Codice catastale _____
di cui si allega planimetria.
- di essere disponibile a costituire vincolo di destinazione d'uso quinquennale (a partire dalla data di assegnazione del contributo) in conformità al progetto di utilizzo presentato;
- di non essere beneficiario di ulteriori contributi a carico di risorse regionali/nazionali per la stessa tipologia di intervento;
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla presentazione di specifico progetto nel quale siano esplicitati:
1. il costo complessivo dell'intervento per cui si richiede il contributo declinato nelle seguenti voci: - miglioramenti dell'accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche – miglioramenti della fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche – messa a norma degli impianti (ove possibile corredare con preventivo dettagliato);
 2. tempi di attuazione;
 3. numero di posti previsti e nominativi di utenza prevista – almeno 2 persone già identificabili;
 4. eventuale crono-programma dei nuovi successivi inserimenti.

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia B
**Domanda di accesso ai contributi per il pagamento del canone di locazione e delle
spese condominiali.**

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

sulla base della DGR 4749/2021, l'accesso ai contributi di seguito riportati (*si precisa che le due misure sono fra loro compatibili*):

- Contributo mensile per unità abitativa a sostegno del canone di locazione;
- Contributo annuale per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali;

e a tal fine

DICHIARA

(barrare le voci di interesse)

Che la persona per cui viene richiesta la misura:

- vive in gruppo appartamento presso l'appartamento sito in _____ via _____ in condivisione con (*specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente*) n. [__] altri domiciliati/residenti/ospiti per ciascuno dei quali **si allega specifica dichiarazione secondo il modello 1;**
- vive in soluzioni di housing/cohousing risultante come housing/cohousing in base alla documentazione allegata.
- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (*cancellare le voci che non interessano*) dell'appartamento sito a _____ in via _____ con contratto d'affitto intestato a _____ (*specificare il rapporto col richiedente*) _____ per il quale corrisponde un importo mensile del canone di locazione pari a € _____ corrispondenti al [__][__][__]%. **Allegare il contratto di locazione ed eventuali patti di suddivisione oneri.**
- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (*cancellare le voci che non interessano*) dell'appartamento sito a _____ in via _____

Città di Desio

C.F. 00834770158 – Partita IVA 00696660968

P.za Giovanni Paolo II – 20832 Desio MB – Centralino: 0362/3921 – Fax Protocollo: 0362/392.211

Ufficio di Piano - e-mail: ufficiodipiano@comune.desio.mb.it - tel. 0362/392.339 (367) - fax 0362/392340

con contratto d'affitto intestato a _____
(specificare il rapporto col richiedente) _____ che
presenta le spese condominiali annue pari a € _____ **di cui si allega copia**, per le
quali concorre alla copertura in ragione del [_][_][_]%. **Allegare le spese condominiali
preventivo anno corrente ed eventuali patti di suddivisione oneri.**

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia C
Domanda di accesso al voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia e
consulenza e sostegno alla famiglia
 Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 4749/2021, per promuovere percorsi orientati all'acquisizione di livelli di autonomia finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare (o alla deistituzionalizzazione):

l'accesso al voucher annuale fino ad € 4.800,00 – tipologia C.1

incrementabile con:

l'accesso al voucher annuo fino ad € 600,00 per consulenza e sostegno alla famiglia – tipologia C.2

(N.B. i due interventi sono compatibili tra loro)

Finalizzati a realizzare:

- accoglienza in "alloggi/palestra" e/o altre formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti dal DM per sperimentare le proprie abilità al di fuori dal contesto d'origine;
- esperienze di soggiorni extra-familiari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine nel quadro di un intervento documentato a sviluppo delle autonomie. Non sono ammessi soggiorni di vacanza ricreativa.

A tale fine:

DICHIARA	SI	NO	
di essere accolto in struttura residenziale della rete sociosanitaria o sociale			incompatibile
di accedere ai sostegni "supporto alla residenzialità del presente programma" (misure D.1, D.2, D.3).			
di frequentare un servizio diurno:			compatibile
CDD di _____			
CSE di _____			
SFA di _____			
di accedere alle seguenti misure:			
Misura B1 e B2 FNA per chi attiva un progetto di dopo di noi			
PRO.VI. (PROGETTI VITA INDIPENDENTE)			
Servizio di Assistenza domiciliare (SAD)			
Assistenza domiciliare integrata (ADI)			

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia D
**Domanda di accesso alle misure a sostegno della domiciliarità in soluzioni
alloggiative.**

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 4749/2021, l'accesso ai contributi di seguito riportati:

- D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento o comunità alloggio "temporanea" con Ente Gestore;
- D.2 Contributo per il supporto alla residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità;
- D.3 Buono mensile per sostenere le esperienze di housing/cohousing.

e a tal fine

DICHIARA

PER LA MISURA D.1:

- Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (*cancellare le voci che non interessano*) presso la struttura denominata

ubicata in _____ via _____

gestita da _____

Con retta sociale a carico del richiedente o del Comune pari a € _____ mese.

Si allega dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.

OPPURE

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- Di non essere beneficiario del Buono per accompagnamento alla vita indipendente (Misura B2 FNA);
- Di non avere in essere interventi legati alle sperimentazioni in materia di Vita indipendente;
- Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- Di non beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD);
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

PER LA MISURA D.2:

- Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (*cancellare le voci che non interessano*) presso l'appartamento sito in _____ via

_____ In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [] persone per ciascuna delle quali **si allega dichiarazione secondo il modello 1;**

OPPURE

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- Che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili _____ per l'assunzione di n. [] assistenti personali e/o per la fruizione dei servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da _____
(allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni) di cui la quota a carico del richiedente è pari a [][][]%
- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____.
- Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

PER LA MISURA D.3:

- Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (cancellare le voci che non interessano) presso l'appartamento sito in _____ via _____ Risultante in cohousing/housing dalla documentazione allegata, In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [] persone per ciascuna delle quali **si allega dichiarazione secondo il modello 1;**

Qualora gestita da un Ente si allega dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.

OPPURE

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- Che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili _____ per l'assunzione di n. [] assistenti personali e/o per la fruizione dei servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da _____

(allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni) di cui la quota a carico del richiedente è pari a [][][]%

- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____;
- Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia E
Domanda di accesso agli interventi di pronto intervento.
Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 4749/2021, l'accesso al contributo giornaliero fino ad un massimo di € 100,00 commisurato al reddito familiare, per ricovero di pronto intervento, per massimo 60 giorni, per sostenere il costo della retta assistenziale presso (*barrare la tipologia che interessa e indicare il nome della realtà/struttura*):

- Le tipologie di residenzialità previste dal presente Programma _____
- Comunità Alloggio _____
- Comunità Socio-sanitarie _____
- Residenze Sanitarie per Disabili _____

e a tal fine

DICHIARA

(Barrare le voci che interessano)

- Che la persona si trova in situazione di emergenza determinata da:

- Che la retta sociale a carico del richiedente o del Comune è pari a € _____ al mese
- Che la condizione di emergenza pregiudica la possibilità di mettere in atto i supporti necessari a garantire la permanenza della persona presso il proprio contesto di vita;
- Che la persona non è inserita gratuitamente presso unità d'offerta socio-sanitarie accreditate.

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo _____

Firma _____

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che (cognome nome) _____

- ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del _____ rilasciata da _____ **che si allega;**
- vive in gruppo appartamento con _____
- vive in cohousing/housing nello stesso appartamento con _____

compilare se è stata richiesta la misura B

- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (cancellare le voci che non interessano) dell'appartamento sito a _____
in via _____
con contratto d'affitto intestato a _____
(specificare il rapporto col richiedente) _____
per il quale corrisponde un importo mensile del canone di locazione pari a € _____
corrispondenti al [_][_][_] % e concorre alle spese condominiali in percentuale del [_][_][_] %;
- ha richiesto contributo per l'abbattimento dei canoni di locazione di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di _____ Ambito territoriale di _____;
- non ha richiesto contributi per l'abbattimento dei canoni di locazione di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 per l'abbattimento dei canoni di locazione;
- ha richiesto contributo per l'abbattimento delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di _____ Ambito territoriale di _____;
- non ha richiesto contributi per l'abbattimento delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 per l'abbattimento dei canoni di locazione.

compilare se è stata richiesta la misura D

- sostiene le seguenti spese mensili _____ per l'assunzione di n. [__] assistenti personali e/o per la fruizione dei seguenti servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da _____ **(allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni)** di cui la quota a proprio carico è pari a [__][__][__]%;
- ha richiesto contributo per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di _____ Ambito territoriale di _____;
- non ha richiesto contributi per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021
- ha richiesto contributo per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di _____ Ambito territoriale di _____;
- non ha richiesto contributi per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati personali raccolti dal Comune di _____ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati).

Data e luogo _____

Firma _____