



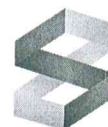
**DOMANDA DI ACCESSO
INTERVENTI GESTIONALI**
Programma operativo "Dopo di Noi" L. 112/2016

Il/la sottoscritto/a

Nome e cognome				
Codice fiscale				
Genere	☐	Maschio	☐	Femmina
Data di nascita				Età
Comune di nascita				Prov. .
Residente a	C.A.P.		Prov.	
via e nr. civico				
@mail				
Telefono	Cell.			

In qualità di

☐	Persona con disabilità
☐	Familiare: specificare
☐	Amministratore di sostegno
☐	Tutore
☐	Curatore
☐	Legale rappresentante dell'Ente Pubblico/Privato di cui sotto:
	Nominativo Ente
	Sede legale: Comune di C.A.P. Prov.
	via e nr. civico
	C.F. e P.IVA
	Telefono Cell.
	E-mail



In nome e per conto di (compilare solo se la domanda non è presentata dal possibile diretto beneficiario)

Nome e cognome				
Codice fiscale				
Genere	☐	Maschio	☐	Femmina
Data di nascita				
Comune di nascita			Prov.	
Residente a	C.A.P.		Prov.	
via e nr. civico				
@mail				
Telefono		Cell.		

CHIEDE L'ACCESSO AI SEGUENTI INTERVENTI

Percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la de-istituzionalizzazione

- Voucher di accompagnamento all'autonomia fino a euro 4.800,00 annui, per attività rivolte alla persona
- Voucher di euro 600,00 annui, a incremento del precedente, per attività sul contesto familiare.

Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative

- **Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore:**
 - fino ad euro 500,00 mensili per persona che frequenta servizi diurni (CSE, PTD, SFA, CDD)
 - fino ad euro 700,00 per persona che NON frequenta servizi diurni (CSE, PTD, SFA, CDD).
- **Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito** fino ad un massimo di euro 600,00 mensili pro capite.
(Non superiore all'80% del costo degli assistenti personali o dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)).
- **Buono residenzialità in cohousing/housing** da 700 mensili fino a euro 900 mensili pro capite.
(Non superiore all'80% del costo degli assistenti personali o dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)).

Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare

- **Contributo giornaliero pro capite fino ad euro 100,00** per ricovero di pronto intervento, per massimo n.60 giorni
(Per sostenere il costo della retta assistenziale, commisurato al reddito familiare, non superiore all'80% del costo del ricovero come da Carta dei servizi dell'Ente gestore dell'Unità d'Offerta).



A TAL FINE DICHIARA CHE

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

Il nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Codice fiscale	Data di nascita	Luogo di nascita

In merito alla condizione del beneficiario dell'intervento:

- ☐ La persona è riconosciuta disabile grave ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92
- ☐ La persona è priva del sostegno familiare in quanto:
 - ☐ mancante di entrambi i genitori
 - ☐ i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - ☐ si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
- ☐ La persona presenta comportamenti auto/eteroaggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, la cui compatibilità con le tipologie di interventi e residenzialità oggetto del bando sarà oggetto di valutazione

La condizione economica della persona disabile e della sua famiglia è la seguente:Persona disabile (ISEE sociosanitario)

Valore ISEE Euro _____

Famiglia della persona disabile (ISEE ordinario)

Valore ISEE Euro _____

In merito alla frequenza dei servizi diurni e alla fruizione di servizi/benefici:

- ☐ La persona NON frequenta servizi diurni
- ☐ La persona frequenta il seguente servizio diurno
 - ☐ CDD
 - ☐ CSE
 - ☐ SFA
 - ☐ Altro servizio (specificare)

Denominazione servizio _____

Con sede a _____

- ☐ La persona NON fruisce di altri servizi/benefici
- ☐ La persona fruisce o è in attesa di fruire di servizi/benefici

Denominazione servizio/beneficio _____

Erogato da _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per le diverse tipologie di intervento:

Percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la de-istituzionalizzazione: Voucher Accompagnamento all'autonomia/Voucher di consulenza-accompagnamento per la famiglia

La persona beneficiaria

- ☐ Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili
- ☐ Non è accolta in unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali
- ☐ Non fruisce di sostegni di "Supporto alla Residenzialità" del presente Programma
- ☐ Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ☐ Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ☐ Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- ☐ Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Supporto alla residenzialità - Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore

- ☐ La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in appartamento con Ente gestore

Data inserimento _____



Ubicato a _____

In via _____

Regolarmente autorizzato al funzionamento con provvedimento:

Numero e data del provvedimento _____

Rilasciato da _____

La persona beneficiaria

- ☐ Non fruisce della Misura B2 FNA - Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ☐ Non fruisce del Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- ☐ Non fruisce della Misura Reddito di Autonomia Disabili
- ☐ Non fruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD)
- ☐ Non fruisce del Sostegno "Voucher Accompagnamento all'autonomia" del presente Programma

Supporto alla residenzialità - Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito

- ☐ La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in gruppo appartamento autogestito

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

In coabitazione con le seguenti persone disabili:

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

La persona beneficiaria

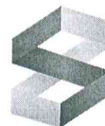
- ☐ Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali
- ☐ Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di euro _____

La persona beneficiaria

- ☐ Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili



- ☐ Non fruisce del Sostegno “Voucher Accompagnamento all’autonomia” del presente Programma
- ☐ Non fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- ☐ Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- ☐ Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ☐ Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ☐ Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- ☐ Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Supporto alla residenzialità - Buono residenzialità in cohousing/housing

- ☐ La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in residenzialità in cohousing/housing

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

La persona beneficiaria

- ☐ Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali
- ☐ Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di euro _____

La persona beneficiaria

- ☐ Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili
- ☐ Non fruisce del Sostegno “Voucher Accompagnamento all’autonomia” del presente Programma
- ☐ Non fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- ☐ Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- ☐ Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ☐ Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ☐ Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- ☐ Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Contributo accoglienza residenziale in situazioni di Pronto Intervento

Ricovero a decorrere dal _____ al _____

Per un totale di n. _____ giorni

Per un costo presunto giornaliero di euro _____

Costo giornaliero della retta assistenziale (come da Carta dei Servizi dell'Ente gestore) euro _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per gli enti o associazioni erogatori degli interventi:
(Compilare solo se il richiedente è ente o associazione)

- ☐ Possiede comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie.
- ☐ È iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali o altro registro /albo:
Registro di iscrizione _____
Numero iscrizione _____
Data di iscrizione _____
- ☐ Sono assenti in capo al legale rappresentante condanne penali o procedimenti penali in corso.
- ☐ Non vi sono situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia.

DICHIARA INFINE

- ☐ di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente le condizioni;
- ☐ di essere a conoscenza che l'accesso ai benefici richiesti comporta la valutazione da parte di un'équipe multidisciplinare e la redazione di un progetto individuale;
- ☐ di essere a conoscenza che il comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli a campione sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate. Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il comune ne darà comunicazione all'Ufficio di Piano dell'Ambito di Romano di Lombardia per la sospensione/revoca del beneficio e si attiverà per l'eventuale recupero dei benefici concessi;
- ☐ di autorizzare il comune di residenza e l'Ambito di Romano di Lombardia al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

Data e luogo,

Il Dichiarante

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA DOMANDA

Per tutti i richiedenti

- Fotocopia della carta di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario
- Certificazione di grave disabilità del beneficiario ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92
- Per le richieste presentate da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia dell'atto legale di nomina

Per i soli richiedenti il
Voucher Residenzialità in
appartamento con Ente
gestore

- Certificazione di inserimento, avvenuto o di prossima realizzazione, rilasciato dall'Ente gestore dell'appartamento

Per i soli richiedenti il
Contributo residenzialità in
gruppo appartamento
autogestito

- Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato

Per i soli richiedenti il Buono
residenzialità in
cohousing/housing

- Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato

Per i soli richiedenti il
Contributo per accoglienza
residenziale in situazioni di
Pronto Intervento/Sollievo

- Preventivo di spesa relativo all'inserimento in struttura