

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

**Il/la sottoscritto/a**

Nome e cognome			
Codice fiscale			
Genere	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>
			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**

<input type="checkbox"/>	Persona con disabilità
<input type="checkbox"/>	Familiare: specificare
<input type="checkbox"/>	Amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	Tutore
<input type="checkbox"/>	Curatore
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>	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

Contributo per interventi di **ristrutturazione** dell'unità abitativa per:

- Miglioramento accessibilità della struttura: abbattimento barriere architettoniche;
- Miglioramento fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche;
- Messa a norma degli impianti.

*(Contributo massimo di euro 20.000,00 e comunque NON superiore al 70% del costo totale previsto per l'intervento)*

Sostegno del **canone di locazione/spese condominiali**:

- Contributo mensile fino a massimo euro 300,00 per unità abitativa a sostegno del canone di locazione.
- Contributo annuale fino a massimo euro 1.500,00 per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali.

*(Sostegno NON superiore all'80% dei costi complessivi).*

### 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 compatibile 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 socio sanitario)

Valore ISEE Euro \_\_\_\_\_

Famiglia della persona disabile (ISEE ordinario)

Valore ISEE Euro \_\_\_\_\_

**In merito all'alloggio per cui è richiesto l'intervento:**
La tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento è la seguente:

- Gruppo appartamento/soluzione abitativa in cohousing/housing
  - di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei familiari (trust familiare)
  - di proprietà dell'Ente pubblico
  - di edilizia popolare
  - di proprietà di Ente privato no profit ONLUS
- Abitazione di proprietà della persona disabile grave messa a disposizione per esperienze di coabitazione di cui al presente Bando.

I dati del proprietario dell'alloggio per cui si chiede l'intervento sono i seguenti:

Cognome e Nome/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Residenza/sede legale in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

L'ubicazione dell'alloggio per cui si chiede l'intervento è la seguente:

Comune \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

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

*Contributo per interventi di **ristrutturazione** dell'unità abitativa per l'eliminazione delle barriere architettoniche, per migliorare la fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche, per mettere a norma gli impianti:*

- Per lo stesso intervento non sono stati richiesti altri contributi a carico di risorse nazionali/regionali (es: L.R. 23/1999 art 4 - Comma 4 e 5- "agevolazioni per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati, eliminazione barriere architettoniche);
- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente nell'abitazione oggetto dell'intervento;
- La disponibilità **del proprietario a non alienare e a vincolare la destinazione d'uso dell'immobile** per le finalità del progetto per almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo, salva apposita autorizzazione della Regione Lombardia ai sensi dell'art. 25 della L.R. n.3/2008. *In caso di riconoscimento del beneficio, tale disponibilità dovrà essere formalizzata con apposito atto prima della liquidazione del contributo.*

La spesa presunta dell'intervento di ristrutturazione è \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

L'intervento di ristrutturazione prenderà avvio \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

L'intervento di ristrutturazione si concluderà \_\_\_\_\_ entro il \_\_\_\_\_

*Contributo a sostegno del canone di locazione:*

- La persona beneficiaria risiede in gruppo appartamento autogestito o in soluzione abitativa di cohousing/housing.

Il costo mensile del canone di locazione è Euro \_\_\_\_\_

*Contributo a sostegno delle spese condominiali*

- La persona beneficiaria risiede in gruppo appartamento autogestito o in soluzione abitativa di cohousing/housing.

Il costo annuo delle spese condominiali è 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	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fotocopia della carta di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario</li><li>• Certificazione di grave disabilità del beneficiario ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92</li><li>• Per le richieste presentate da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia dell'atto legale di nomina</li></ul>
Per i soli richiedenti il Contributo per interventi di ristrutturazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preventivo di spesa per intervento relativo all'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici</li><li>• Copia del contratto di locazione/ comodato/ atto di proprietà</li><li>• Breve relazione inerente le migliorie da apportare all'alloggio</li></ul>
Per i soli richiedenti il Contributo a sostegno del canone di locazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• Documentazione attestante le spese relative al canone di locazione</li></ul>
Per i soli richiedenti il Contributo a sostegno delle spese condominiali	<ul style="list-style-type: none"><li>• Documentazione attestante le spese condominiali</li></ul>