Allegato 1. Istanza di Valutazione per l’accesso alle Misure

|  |
| --- |
| Programma operativo Regionale “Dopo di noi”  D.G.R. n. 3404 del 20/07/2020  **Domanda di valutazione per l’accesso alle misure** |

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

Ambito Territoriale di Vimercate

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di**

[\_] DIRETTO INTERESSATO

**ovvero di**

[\_] FAMIGLIARE - Grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_] TUTORE nominato con decreto n. del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_] CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_] AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_del sig. (cognome nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso M/F

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

**l’accesso alle misure previste dalla DGR 3404/2020**, come di seguito riportato:

(*Barrare le misure che si intende richiedere*)

**Misure infrastrutturali**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** | **Misura** | **Descrizione** | *Barrare le misure che si intende richiedere* |
| INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DELL’ABITAZIONE | A | contributo per l’adeguamento dell’ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi e messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza) |  |
| SOSTEGNO DEL CANONE DI LOCAZIONE/SPESE CONDOMINIALI | B1 | canone locazione |  |
| B2 | spese condominiali |  |

**Misure gestionali**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** | **Misura** | **Descrizione** | *Barrare le misure che si intende richiedere* |
| ACCOMPAGNAMENTO ALL’AUTONOMIA | C1 | voucher per percorsi di accompagnamento all’autonomia |  |
| C2 | voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia |  |
| SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITÀ | D | voucher per gruppo appartamento con Ente gestore |  |
| E | contributo per gruppo appartamento autogestito |  |
| F | buono mensile per cohousing/housing |  |
| RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO | G | contributo pronto intervento |  |

*N.B. Le misure A. B1. B2. e E. o F. sono tra loro cumulabili.*

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

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

*Le misure A. e D. 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 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 richiedente che beneficerebbe dei sostegni DOPO DI NOI:**

[\_] 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;

**DICHIARA inoltre**

[\_] 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 famigliare:

CONVIVENTE CON:

|  |
| --- |
| 02 - Ambedue i genitori |
| 03 - Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e |
| 04 - Padre |
| 05 - Padre + fratello/i + sorella/e |
| 06 - Madre |
| 07 - Madre+ fratello/i + sorella/e |
| 08 - Fratello/i + sorella/i |
| 09 - Solo (senza familiari) |
| 10 - Altro |
| 11 - padre + fratello/i + sorella/e |

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 del beneficiario e del richiedente
* Modulo allegato relativo alla tipologia di sostegno richiesto A, B1, B2, C1, C2, D, E, F, G
* ISEE socio-sanitario in corso di validità

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

**INFORMATIVA RELATIVA ALLA PRIVACY**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di residenza saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

La finalità del trattamento è la Domanda di valutazione sociale per l’accesso alle misure previste dal Programma Operativo Regionale “Dopo di Noi” – D.G.R. n. 3404 del 20/07/2020, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare seguito alla misura.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei, gestito con misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

I dati saranno raccolti e comunicati nel rispetto della suddetta normativa, oltre che al Comune di residenza, all’Ufficio di Piano, all’ATS Brianza, all’ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia.

L’interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

Con la firma in calce l’interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e dati particolari per la suddetta finalità.

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

 Sottoscrivo