



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DEL CORSICHESE

Ufficio di Piano
www.ambitocorsichese.it

ALLEGATO 1

Oggetto: DOMANDA PER INTERVENTI GESTIONALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE E PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE RESIDENTE NELL'AMBITO TERRITORIALE DEL CORSICHESE - LEGGE N. 112/2016 "DOPO DI NOI".

La/Il sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____
Nata/o a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Codice fiscale _____
Telefono _____ @mail _____

In qualità di Rappresentante legale dell'Ente /Associazione/caregiver:

Nome e Cognome/Ragione sociale _____
Indirizzo sede legale _____
Codice fiscale _____ Partita IVA (se pertinente) _____
Oggetto sociale _____
Telefono _____ @mail _____
Sito web _____

CHIEDE,

IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO per intervento gestionale in favore di

• **Soggetto Beneficiario**

Cognome _____ Nome _____
Nata/o a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Codice fiscale _____
Telefono _____ @mail _____

Dati relativi ad almeno un familiare

Cognome _____ Nome _____
Nata/o a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Codice fiscale _____
Telefono _____ @mail _____



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DEL CORSICHESE

Ufficio di Piano

www.ambitocorsichese.it

Dati relativi a eventuale soggetto che ne garantisce la protezione giuridica (compilare se pertinente)

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ il _____ Residente a _____

Via/le/P.zza _____ Codice fiscale _____

Telefono _____ @mail _____

A sub a) Accompagnamento all'autonomia ☐

- ☐ **1° Fase** (voucher fino a € 3.500,00 di budget complessivo a persona incrementato fino a € 600,00 per accompagnamento familiare);
- ☐ **2° Fase** (voucher fino a € 3.500,00 di budget per edizione a persona incrementato fino a € 600,00 per accompagnamento familiare);
- ☐ **3° Fase** (voucher fino a € 4.800,00 di budget per edizione a persona incrementato fino a € 800,00 per accompagnamento familiare).

A sub b) Supporto alla residenzialità ☐

Per tutte e tre le tipologie di sostegni può essere riconosciuto un valore sino a 14.400,00 €/annui (corrispondente a 1.200,00 €/mese).

Tipologia di sostegni (barrare la casella di interesse):

- ☐ **Voucher:** gruppo appartamento o Comunità alloggio "temporanea" con Ente gestore;
- ☐ **Contributo:** gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità che si autogestiscono;
- ☐ **Buono:** per persone che vivono in soluzioni di Cohousing/Housing.

E' possibile barrare una sola opzione tra A sub a) e A sub b)

A sub c) Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare ☐

Contributo giornaliero pro capite fino a € 100,00 per sostenere il costo della retta assistenziale - in caso di ricovero temporaneo e fino ad un massimo n. 60 giorni, commisurato al reddito familiare e comunque non superiore all'80% del costo del ricovero.

B sub a) Sostegno del canone di locazione/spese condominiali ☐

Contributo previsto per sostenere (barrare la casella di interesse):



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DEL CORSICHESE

Ufficio di Piano

www.ambitocorsichese.it

- ☐ **Oneri di locazione/utenze:** contributo mensile fino a € 500,00 per unità abitativa a sostegno del canone di locazione, comunque non superiore all'80% dei costi complessivi;
- ☐ **Spese condominiali:** contributo annuale fino a un massimo di € 2.000,00 per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali, comunque non superiore all'80% del totale delle spese.

B sub b) Interventi di adeguamento per la fruibilità dell'ambiente domestico

Gli immobili/unità abitative non possono essere distolti dalla destinazione per un periodo di almeno 10 anni dalla data di assegnazione del contributo. Il contributo erogabile è fino ad un importo massimo pari a € 50.000,00 per unità immobiliare e non può superare il 70% del costo complessivo dell'intervento di adeguamento.

Tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento (barrare la casella di interesse):

- ☐ Gruppo appartamento ente gestore e autogestione/Soluzione abitativa in Cohousing/Housing, di proprietà Enti Pubblici, Privati no Profit/reti associative di Famiglie/Famiglia;
- ☐ Abitazione di proprietà della persona disabile grave messa a disposizione per esperienze di coabitazione di cui al presente avviso.

a tal fine

DICHIARA

per le tipologie di sostegno A sub a) – A sub b) – A sub c) – B sub a)

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 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, che (barrare la casella di interesse):

- ☐ La persona destinataria dell'intervento residente in un Comune dell'Ambito territoriale del Corsichese è **disabile grave** ai sensi **della Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa presenta una patologia relativa alla disabilità che non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità e ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni;
- ☐ Il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE ordinario) è pari a € _____;
- ☐ Solo per Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in situazioni di pronto intervento: il valore di riferimento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente per prestazioni sociali agevolate di natura sociosanitaria (ISEE sociosanitario) è pari a € _____;
- ☐ Frequenta il centro diurno CDD/CSE/SFA seguente _____;



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DEL CORSICHESE

Ufficio di Piano

www.ambitocorsichese.it

- ☐ Non frequenta alcun centro diurno;
- ☐ E' titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico o di essere in attesa degli stessi, se sì, quali _____;
- ☐ Presenza di altri componenti il nucleo familiare in condizioni di fragilità;
- ☐ Che la presentazione della presente istanza per conto della persona con disabilità è stata sottoscritta dalla persona con disabilità e/o dalla sua famiglia o da chi ne garantisce la protezione giuridica.

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento e caratteristiche della persona disabile in relazione alla misura richiesta:

ALLEGA

in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del beneficiario e del caregiver;
- Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3 se non già consegnata o scaduta (facoltativa)

DICHIARA per la sola tipologia di sostegno B sub b)

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 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, che:

- ☐ L'abitazione per cui si richiede l'intervento è destinata a persone **disabili gravi** ai sensi **della Legge 104/92 art.3 c.3**, con età compresa tra i 18 e i 64 anni e con una patologia relativa alla disabilità che non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- ☐ Di essere proprietario/a dell'immobile



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DEL CORSICHESE

Ufficio di Piano

www.ambitocorsichese.it

- ☐ Per lo stesso intervento non sono stati richiesti altri contributi a carico di risorse nazionali/regionali (es: L.R. 23 art 4- C.4 e 5- strumenti tecnologicamente avanzati, eliminazione barriere architettoniche);
- ☐ La disponibilità 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.

Il progetto che intende realizzare per i beneficiari è il seguente (fornire breve descrizione del progetto di sostegno che l'ente intende realizzare e indicazione puntuale dei tempi di realizzazione, in particolare rispetto all'individuazione dei beneficiari):

ALLEGA

in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del dichiarante;

Allegare la documentazione a seconda della tipologia dell'intervento:

- Preventivo di spesa per intervento relativo all'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici;
- Breve relazione tecnica;
- Contratto di locazione/atto di proprietà.

DICHIARA, inoltre, che:

l'Ente possiede i seguenti requisiti (barrare la casella di interesse, solo per gli Organismi del Terzo settore):

- ☐ Di avere una comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie;



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DEL CORSICHESE

Ufficio di Piano

www.ambitocorsichese.it

- ☐ Di essere iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali;
- ☐ L' assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali o procedimenti penali in corso;
- ☐ La garanzia da parte degli enti della solvibilità autocertificando l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia (Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 – 14° aggiornamento).

INFORMATIVA

AI SENSI D.LGS 30/06/2003 N. 196 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

I dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico connesse all'erogazione dei contributi di cui al presente bando ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera e) del D.Lgs 30.06.2003 n.196 e del Regolamento 2016/679.

I dati forniti potrebbero essere trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Non è previsto il trasferimento dei dati in un Paese terzo.

Il conferimento dei dati è facoltativo; in caso di diniego al conferimento dei dati non sarà possibile considerare la candidatura né erogare il contributo sopra indicato.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

I diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente potranno essere fatti valere in qualsiasi momento. Può essere altresì proposto reclamo all'Autorità Garante per la Privacy.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cesano Boscone nella persona del dott. Lino Mauro Volpato che è reperibile ai seguenti contatti:

Telefono: 02486941, Indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.cesano-boscone.mi.it

E' possibile contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@comune.cesano-boscone.mi.it

Data ____/____/____

Firma della/del dichiarante

Nota: Completare con le informazioni richieste, trasformare il file in .pdf e firmare digitalmente