

**DOMANDA DI ACCESSO  
INTERVENTI GESTIONALI**  
**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**

**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, SFA, CDD)
  - fino ad euro 700,00 per persona che NON frequenta servizi diurni (CSE, 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** fino a euro 700 mensili pro capite (il buono può essere aumentato fino a euro 900 mensili in particolari situazioni di fragilità)
- (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/etero aggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, e che quindi necessita di un'attenta valutazione per definire le modalità con cui potrà beneficiare delle tipologie di interventi e residenzialità oggetto del bando.

**La condizione economica della persona disabile e della sua famiglia è la seguente:**

### Persona disabile (ISEE socio sanitario)

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

	<input type="checkbox"/> Altro servizio (specificare)
--	---

Denominazione servizio \_\_\_\_\_

Con sede a \_\_\_\_\_

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> La persona NON fruisce di altri servizi/benefici               |
| <input type="checkbox"/> 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

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

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Non fruisce della Misura B2 FNA - Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente |
|---|

<input type="checkbox"/> Non fruisce del Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
<input type="checkbox"/> Non fruisce della Misura Reddito di Autonomia Disabili
<input type="checkbox"/> Non fruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD)
<input type="checkbox"/> 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**

<input type="checkbox"/> Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali
<input type="checkbox"/> 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**

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

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali   |
| <input type="checkbox"/> 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**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili  |
| <input type="checkbox"/> Non fruisce del Sostegno “Voucher Accompagnamento all'autonomia” del presente Programma                       |
| <input type="checkbox"/> Non fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale   |
| <input type="checkbox"/> Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B1 FNA: Buono assistente personale                               |
| <input type="checkbox"/> Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente                              |
| <input type="checkbox"/> Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente                                  |
| <input type="checkbox"/> Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)                     |
| <input type="checkbox"/> 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 nel campo dell'erogazione di servizi o attività in favore di persone con disabilità e delle loro famiglie con particolare riferimento alle misure di sostegno ed alle esperienze organizzative ai sensi della DGR 6674/2017
- È iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali o altro registro /albo
- Registro di iscrizione \_\_\_\_\_ i
- 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 Treviglio 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 Treviglio 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 residenzialità in gruppo appartamento autogestito	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato</li> </ul>
Per i soli richiedenti il	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato</li> </ul>

Buono residenzialità in cohousing/housing		
Per i soli richiedenti il Contributo per accoglienza residenziale in situazioni di Pronto Intervento/Sollievo		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preventivo di spesa relativo all'inserimento in struttura</li> </ul>