

**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:

<input type="checkbox"/>	La persona è riconosciuta disabile grave ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92
<input type="checkbox"/>	La persona è priva del sostegno familiare in quanto:
<input type="checkbox"/>	mancante di entrambi i genitori
<input type="checkbox"/>	i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
<input type="checkbox"/>	si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
<input type="checkbox"/>	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:

<input type="radio"/>	La persona NON frequenta servizi diurni
<input type="radio"/>	La persona frequenta il seguente servizio diurno
<input type="checkbox"/>	CDD
<input type="checkbox"/>	CSE
<input type="checkbox"/>	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"> ▪ 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 Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato
Per i soli richiedenti il		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato

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"> ▪ Preventivo di spesa relativo all'inserimento in struttura