

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



Al Comune di residenza della persona

COMUNE DI _____

*DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON
DISABILITÀ GRAVE ai sensi della DGR n. XI/4749 del 24.05.2021*

INTERVENTI GESTIONALI

INTERVENTI INFRASTRUTTURALI

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (cognome)(nome).....
nato/a prov. il

residente in (comune) via n
telefono..... codice fiscale.....

e-mail

pec

in qualità di ♦ beneficiario ♦ tutore ♦ curatore ♦ amministratore di sostegno ♦ familiare

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome nome
nato/a a prov. il
residente a in via / piazza n.
telefono codice fiscale



CHIEDE

in attuazione della DGR n. XI/4749 del 24.05.2021 gli interventi previsti dalla normativa:

INTERVENTI GESTIONALI comprendenti:

- Sostegno a percorsi di accompagnamento verso l'autonomia
- Interventi di supporto alla residenzialità
- Interventi di permanenza temporanea in soluzioni abitative extra-familiare (ricoveri di pronto intervento/sollievo);

INTERVENTI INFRASTRUTTURALI comprendenti:

- interventi di ristrutturazione dell'abitazione
- sostegno del canone di locazione
- sostegno delle spese condominiali

(N.B.: L'accesso al finanziamento è vincolato al requisito di immobili ubicati esclusivamente nei Comuni dell'Ambito di Gallarate. Il contributo non è erogabile alla singola persona per il proprio appartamento, eccezion fatta se essa mette a disposizione il proprio appartamento per condividerlo con altre persone (residenzialità autogestita).

Consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA CHE

il Sig/la Sig.ra.....
(beneficiario)

- ha una disabilità grave non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- è stato riconosciuto/a in condizioni di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992 e accertata nelle modalità indicate nell'art. 4 della medesima Legge
- è privo/a del sostegno familiare in quanto: (barrare la casella interessata)
 - mancante di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale

considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare

- non presenta comportamenti auto/etero-aggressivi, ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale, complesse;
- presenta comportamenti auto/etero-aggressivi, ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale, complesse;

frequenta servizi sanitari diurni ρ SI ρNO
se sì, presso

frequenta Servizi sociali/socio-sanitari (SFA, CSE, CDD, CDI) ρ SI ρNO
se sì, presso

è inserito in gruppo appartamento, cohousing, housing ρ SI ρNO
se sì presso

il nucleo familiare anagrafico è così composto (inserire anche i dati del beneficiario):

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	DI	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

la tipologia di presenza dell'assistente personale regolarmente assunto:

- nessuno
- 24 H
- Tempo pieno > 7 ore
- Tempo parziale < 7 ore
- Qualificato 24 h
- Qualificato tempo pieno > 7 ore
- Qualificato tempo parziale < 7 ore
- Altro

utilizza altri Servizi:

- Contributi economici
- SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare)
- Misura B1 (ANNO 2020)
- Misura B2 (ANNO 2020)

- Protesi/ausili (Legge 23/1999)
- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)
- Progetto vita indipendente (PRO.VI)
- Progetto vita indipendente (FNA)
- Reddito d'autonomia
- altro:

in possesso di ISEE socio-sanitario in corso di validità, ammontante ad €. _____ pratica n. _____ data attestazione: _____; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013.

di aver sottoscritto un contratto di locazione tuttora in corso di validità;

di essere a conoscenza che sarà effettuata la valutazione multidimensionale, effettuata in maniera integrata da equipe pluri-professionali dell'Azienda Socio-sanitaria territoriale e Assistenti sociali dei Comuni/Ambito Territoriale di Gallarate.

In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, chiede l'accredito sul seguente conto corrente (no libretti postali/carte pre-pagate):

Numero.....
Banca/UfficioPostale.....
agenzia / filialeComune di
codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Intestato

(N.B.: il conto corrente deve essere intestato o co-intestato al beneficiario).

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che nel caso di erogazione del buono sociale, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai sensi art. 8 dei criteri per l'erogazione dei titoli sociali del Piano di Zona del Distretto di Gallarate. Dichiara altresì di aver preso visione delle Linee Operative e del relativo Bando.

SI IMPEGNA INOLTRE A

- sottoscrivere il Progetto individuale e se del caso, sottoscrivere delega alla riscossione nel caso di prestazioni fornite da Ente terzo individuato nel Progetto individuale;
- autorizzare visite domiciliari di operatori del Comune di residenza ai fini del monitoraggio periodico sull'assistenza prestata e sulla destinazione delle risorse per gli usi concordati nel progetto di intervento;

in caso di accoglimento della domanda, a documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato;

☐ comunicare (entro 30 giorni e per iscritto) al Comune di residenza:

- eventuale decesso;
- eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
- eventuale trasferimento;
- modifica della composizione del nucleo familiare;
- modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
- aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare

COMUNICA

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la propria istanza al seguente indirizzo email:

In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.

Titolare del trattamento dati e Responsabile della protezione: Comune di Gallarate – Via Verdi, 2 – 21013 Gallarate (VA) – posta elettronica certificata: protocollo@pec.comune.gallarate.va.it – tel 0331.754111. I dati, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Distretto di Zona di Gallarate e dei Comuni facenti parte del Distretto su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività del Distretto e comunale. I destinatari dei dati personali sono il Distretto, i Comuni facenti parte e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante
acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo e data,

In fede

.....
(firma)

Si allegano:

- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e/o beneficiario e delegato alla riscossione;
- attestazione ISEE socio-sanitario della persona disabile grave e dichiarazione unica sostitutiva (DSU);
copia verbale di riconoscimento "persona con handicap con connotazione di gravità, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
- ☐ Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile
- attestazione riconoscimento della misura B1 a carico dell'ATS nell'anno 2018;
- ☐ Contratto di locazione regolarmente registrato e in corso di validità (solo per interventi infrastrutturali/contributi per canone locazione e spese condominiali);
- ☐ Documento attestante la titolarità dell'immobile;
- ☐ Documentazione a comprova delle spese condominiali;
- ☐ Eventuale titolo di soggiorno se cittadino non comunitario.