##  **All’Ufficio di Piano**

 **Ambito di Lodi**

Piazza Mercato, 5 Lodi

## **Dopo di Noi**

## **Fondo ex Legge 112/2016**

**Domanda per l’accesso ai contributi per gli interventi ai sensi della D.G.R. XI/275/2023 di Regione Lombardia**

**AATENZIONE - TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI**

***(sono necessari per la rendicontazione richiesta da Regione Lombardia)***

***Dati Personali del richiedente***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** |  | **Nome** |  |
| **Indirizzo residenza** |  |
| **CAP** |  | **Comune** |  | **Prov**. |  |
| **Telefono** |  | **Cellulare** |  |
| **email** |  |
| **codice fiscale** |  |
| **Sesso** |   M  F | **Comune di Nascita** |  | **Prov.** |  |
| **Nazione di Nascita** |  | **Data di Nascita** |  / / |
| **Cittadinanza (Nome Stato)** |  |

**In qualità di**

* **Beneficiario**
* **Familiare**
* **ADS/Tutore/Rappresentante Legale ………………………………………………………………………………………….**
* **Rappresentante legale dell’Ente /Associazione:** indicare denominazione …………………………………..

 …………………………………………………………… Sede ………………………………………………………………………………

 Tel. …………………………………… Mail ……………………………………………

 P.IVA ……………………………………………………………….

**INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO (compilare solo se richiedente e beneficiario non coincidono)**

COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Contesto di vita del beneficiario***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome familiari conviventi del beneficiario** | **Indicare parentela con il beneficiario** **(madre/padre, fratello/sorella… ecc)** | **Data di nascita** | **Indicare se care giver primario** | **Indicare eventuali Problematiche del familiare**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Situazione Economica***

**ISEE ORDINARIO €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ISEE SOCIO-SANITARIO RISTRETTO € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA SCADENZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Rete di cura/assistenza***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AREA** | **SPECIFICA** | **NOTE** |
| **Risorse interne al nucleo (familiari o parenti..)** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Risorse esterne (vicini/amici, volontari…)** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Servizi frequentati***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rete a pagamento (indicare i servizi/ interventi istituzionali già attivi)** | **Specifica** | **note** |
| **(Si / no)** | **(Es. Cdd, Cse o Sfa o altro)** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Altre Misure attive***

|  |  |
| --- | --- |
| **Misure**  | **Si/No** |
| **B1** |  |
| **B2** |  |
| **PRO.VI** |  |
| **SAD** |  |
| **ADI** |  |
| **altro** |  |

**CHIEDE**

L’attivazione della Misura per i seguenti interventi:

**Sostegno Accompagnamento all’Autonomia** – indicare con X

* Accesso alla fase 1 o di avvio
* Accesso alla fase 2 o intermedia
* Accesso alla fase 3 o conclusiva

**Voucher Durante noi –** indicare con X

* Contributo per consulenza familiare

**Supporto alla Residenzialità** **–** indicare con X

* Voucher per Gruppo Appartamento o Comunità Alloggio
* Contributo per Gruppo Appartamento per almeno 2 persone con disabilità che si autogestiscono
* Buono per persone che vivono in soluzioni di cohousing/housing

Oppure

□ **Ricovero di Pronto intervento/Sollievo - –** indicare con X

*(contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all’80% del costo della retta assistenziale).*

**Contributo per spese condominiali o canoni di locazione –** indicare con X

□ Contributo mensile fino a 500,00 € per unità abitativa a sostegno del canone di locazione comunque non superiore all’80% del costo complessivo

□ Contributo annuale fino ad un massimo di 2.000,00 € a sostegno delle spese condominiali per unità abitativa comunque non superiore all’80% del costo complessivo

Oppure

**□ Contributo per l’eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma di impianti, adattamenti domotici**

*(€ 20.000 contributo massimo previsto e comunque non superiore al 70% del costo dell’intervento)*

L’assegnazione del contributo è destinata all’unità immobiliare di seguito identificata

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sita nel comune di …………………………………………………………… Via …………………………………………………………………

* di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei famigliari (trust familiare)
* di proprietà dell’Ente pubblico
* di edilizia popolare
* di proprietà di Ente privato no profit ONLUS

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 46, 75, 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

□ di aver preso visione dell’avviso per l’erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;

□ di essere consapevole che la domanda, qualora ammessa, prevede una valutazione multidimensionale da parte di un’équipe composta da professionalità quali medico, psicologo o infermiere appartenenti all’ASST, e assistente sociale appartenente all’Ambito o al Comune di residenza e di accettarne gli esiti;

□ di impegnarsi a sottoscrivere progetto individualizzato;

□ di dare tempestiva comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno all’Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall’evento stesso;

Il sottoscritto oppure il rappresentante/ADS dichiara

* di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l’Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l’assenza di requisiti o l’errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti;
* con la firma in calce di esprimere il proprio consenso e autorizza il trattamento dei dati personali anche particolari (sensibili), in relazione a quanto previsto dal Regolamento UE 679/16, come da allegata dettagliata informativa.

**ALLEGA:**

* COPIA ATTESTAZIONE ISEE socio sanitario o COPIA ATTESTAZIONE ISEE ordinario (per Misura sollievi)
* COPIA certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/92 ai sensi dell’art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992
* COPIA VERBALE INVALIDITA’ CIVILE
* COPIA SENTENZA DEL TRIBUNALE DI NOMINA DEL TUTORE/ADS DEL SOGGETTO FRAGILE
* MODULO PRIVACY
* COPIA CARTA D’IDENTITA’ DEL RICHIEDENTE E DI CHI PRESENTA LA DOMANDA
* SCHEDA PROGETTO

**ESPRIME**

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 (“GDPR”). I dati personali conferiti con il seguente consenso informato saranno trattati dal Comune di residenza nella fase di inserimento della domanda nel Sistema Informativo Zonale, dall'Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali (Ente Capofila dell’Ufficio di Piano dell’Ambito di Lodi) e dall’ASST di Lodi nella fase di valutazione e redazione del progetto personalizzato e dall’ATS Milano Città Metropolitana nella fase di rendicontazione economica.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma ADS (se presente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_