

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 dividerlo 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 SI NO
se sì, presso

frequenta Servizi sociali/socio-sanitari (SFA, CSE, CDD, CDI) SI NO
se sì, presso

è inserito in gruppo appartamento, cohousing, housing SI NO
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/Ufficio Postale.....
 agenzia / filiale Comune 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.