

Allegato 1. Istanza di Valutazione per l'accesso alle Misure

Programma Operativo Regionale "Dopo di noi"  
D.G.R. n. XI/4749 del 24/05/2021  
**Domanda di valutazione per l'accesso alle misure**

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ambito Territoriale di Vimercate

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

**in qualità di**

DIRETTO INTERESSATO

**ovvero di**

FAMILIARE - Grado di parentela \_\_\_\_\_

TUTORE nominato con decreto n. del \_\_\_\_\_

CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ del sig.  
(cognome nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso M/F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via Tel. \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

## CHIEDE

l'accesso alle misure previste dalla DGR 4749/2021, come di seguito riportato:

*(Barrare le misure che si intende richiedere)*

### Misure infrastrutturali

Denominazione	Misura	Descrizione	<i>Barrare le misure che si intende richiedere</i>
INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DELL'ABITAZIONE	A	contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi e messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)	
SOSTEGNO DEL CANONE DI LOCAZIONE/SPESE CONDOMINIALI	B1	canone locazione	
	B2	spese condominiali	

### Misure gestionali

Denominazione	Misura	Descrizione	<i>Barrare le misure che si intende richiedere</i>
ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA	C1	voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia	
	C2	voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia	
SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITÀ	D	voucher per gruppo appartamento con Ente gestore	
	E	contributo per gruppo appartamento autogestito	
	F	buono mensile per cohousing/housing	
RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO	G	contributo pronto intervento	

*N.B. Le misure A. B1. B2. e E. o F. sono tra loro cumulabili.*

*Le misure C1. e C2. sono tra loro cumulabili.*

*Le misure C1. e C2. e G. sono tra loro cumulabili.*

*Le misure A. e D. sono tra loro cumulabili.*

**A tal fine:**

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;
- consapevole che i diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

**sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

**La presenza dei requisiti di seguito elencati per la persona richiedente che beneficerebbe dei sostegni DOPO DI NOI:**

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto il richiedente è mancante di entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno;

**DICHIARA inoltre**

- che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;
- di essere a conoscenza e di accettare che l'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda sarà utilizzato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi;

che la persona per cui si presenta domanda si trova nella seguente situazione familiare:

CONVIVENTE CON:

02 - Ambedue i genitori
03 - Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
04 - Padre
05 - Padre + fratello/i + sorella/e
06 - Madre
07 - Madre+ fratello/i + sorella/e
08 - Fratello/i + sorella/i
09 - Solo (senza familiari)
10 - Altro
11 - padre + fratello/i + sorella/e

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (es malattie invalidanti, carichi familiari, ...)

---

Frequenta la seguente struttura diurna

---

Sita a \_\_\_\_\_

Gestita da \_\_\_\_\_

Frequenta la seguente struttura residenziale \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_

Gestita da \_\_\_\_\_

**ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE**

- Verbale d'invalidità da cui si evince la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n.104/1992
- Carta d'identità del beneficiario e del richiedente
- Modulo allegato relativo alla tipologia di sostegno richiesto A, B1, B2, C1, C2, D, E, F, G
- ISEE socio-sanitario in corso di validità

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### INFORMATIVA RELATIVA ALLA PRIVACY

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di residenza saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

La finalità del trattamento è la Domanda di valutazione sociale per l'accesso alle misure previste dal Programma Operativo Regionale "Dopo di Noi" - D.G.R. n. 4749 del 24/05/2021, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare seguito alla misura.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei, gestito con misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

I dati saranno raccolti e comunicati nel rispetto della suddetta normativa, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS e all'ASST territorialmente competenti e a Regione Lombardia.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

Con la firma in calce l'interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e dati particolari per la suddetta finalità.

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Sottoscrivo