



Amministrazione destinataria

Comune di Desio

Ufficio destinatario

Segretariato sociale

Domanda di attivazione di prestazioni socio assistenziali

Il sottoscritto										
Cognome			Nome				Codice Fiscale			
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

CHIEDE

l'accesso alla valutazione multidimensionale per le seguenti misure previste dalla normativa regionale sul Dopo di Noi

<input type="radio"/>	tipologia A - contributi per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)
<input type="radio"/>	tipologia B
<input type="checkbox"/>	contributo mensile per unità abitativa a sostegno del canone di locazione
<input type="checkbox"/>	contributo annuale per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali
<input type="radio"/>	tipologia C
<input type="checkbox"/>	voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia
<input type="checkbox"/>	voucher "Durante noi" per consulenza e sostegno alla famiglia una tantum
<input type="radio"/>	tipologia D
<input type="radio"/>	voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo con ente gestore
<input type="radio"/>	voucher per il supporto alla residenzialità autogestita in appartamento con almeno due persone con disabilità
<input type="radio"/>	buono mensile per housing o cohousing
<input type="radio"/>	tipologia E - contributi per ricoveri in pronto intervento o sollievo per un massimo di 60 giorni di soggiorno

Soggetto interessato										
<input type="radio"/> per sè stesso										
<input type="radio"/> per il seguente familiare o tutelato										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
In qualità di										
<input type="radio"/> tutore										
Numero decreto di nomina			Data decreto			Medico di medicina generale di riferimento				
<input type="radio"/> curatore										
Numero decreto di nomina			Data decreto			Medico di medicina generale di riferimento				
<input type="radio"/> amministratore di sostegno										
Numero decreto di nomina			Data decreto			Medico di medicina generale di riferimento				

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- la presenza di disabilità grave ai sensi della Legge 05/02/1992, n.104, art. 3, com. 3, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- di possedere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni
- l'assenza del supporto 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 perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno
- che i documenti allegati non sono stati revocati, sospesi o modificati
- di essere a conoscenza che all'indirizzo mail indicato verranno inviate le comunicazioni dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi
- che il soggetto che necessita del servizio si trova nella seguente condizione familiare

<input type="radio"/> con entrambi i genitori presenti e almeno un fratello o una sorella
<input type="radio"/> con coniuge o convivente e figli
<input type="radio"/> con entrambi i genitori
<input type="radio"/> un solo genitore e almeno un fratello o una sorella
<input type="radio"/> con coniuge o convivente
<input type="radio"/> con un solo genitore
<input type="radio"/> con almeno un fratello
<input type="radio"/> solo

Ulteriori informazioni utili sulla situazione familiare (es. malattie invalidanti, carichi familiari,..)

--

che il soggetto frequenta

la seguente struttura diurna

Struttura	Indirizzo	Ente che la gestisce

la seguente struttura residenziale

Struttura	Indirizzo	Ente che la gestisce

che gli interventi strutturali di tipologia A per cui si chiede il contributo si realizzeranno presso le seguenti strutture

gruppo appartamento o soluzione abitativa di housing o cohousing

di proprietà della seguente famiglia del soggetto con disabilità

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

di proprietà dell'ente pubblico

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

di edilizia popolare

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

di proprietà di ente privato, no profit o onlus

Ente di riferimento

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

presso l'abitazione del soggetto con disabilità (se in condivisione con altra persona con disabilità), messa a disposizione per la realizzazione degli interventi

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

che il soggetto che necessita del servizio è proprietario o titolare dell'appartamento situato al seguente indirizzo

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

che il soggetto che necessita del servizio è disponibile a costituire vincolo di destinazione d'uso quinquennale in conformità al progetto di utilizzo

che il soggetto che necessita del servizio non beneficia di ulteriori contributi a carico di risorse regionali o nazionali per la stessa tipologia di intervento

che il soggetto che necessita del servizio è consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla presentazione di specifico progetto nel quale dovranno essere esplicitati il costo complessivo dell'intervento, i tempi di attuazione, il numero di posti previsti e i nominativi di utenza previsti e l'eventuale crono-programma dei nuovi successivi inserimenti

che in merito alla tipologia B la persona per cui viene chiesta la misura si trova nella seguente condizione

vive nel seguente gruppo appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

condiviso con i seguenti soggetti

Cognome	Nome	Codice Fiscale

vive in soluzioni di housing o cohousing situato al seguente indirizzo

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

condiviso con i seguenti soggetti

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Ente di riferimento

--

risulta conduttore, co-conduttore, ospite, residente o domiciliato

per contributo a sostegno delle spese condominiali del seguente appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

con contratto d'affitto intestato al seguente soggetto

Cognome	Nome

Rapporto con il soggetto che presenta domanda

Importo mensile del canone di locazione	Percentuale corrispondente
€	%

per contributo a sostegno del canone di locazione del seguente appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

con contratto d'affitto intestato al seguente soggetto

Cognome	Nome

Rapporto con il soggetto che presenta domanda

Importo mensile del canone di locazione	Percentuale corrispondente
€	%

in merito alla tipologia C

che il soggetto che necessita del servizio è consapevole che il voucher annuale può essere di massimo 4.800,00 € finalizzati a realizzare l'accoglienza in "alloggi o palestra" o altre formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti per sperimentare le proprie abilità al di fuori del contesto d'origine, esperienze di soggiorni extra familiari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine nel quadro di un intervento documentato a sviluppo dell'autonomia. Non sono ammessi soggiorni di vacanza ricreativa

che il soggetto che necessita del servizio è consapevole che il voucher una tantum può essere di massimo 600,00 € per consulenza e sostegno alla famiglia, finalizzati a realizzare l'accoglienza in "alloggi o palestra" o altre formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti per sperimentare le proprie abilità al di fuori del contesto d'origine, esperienze di soggiorni extra familiari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine nel quadro di un intervento documentato a sviluppo dell'autonomia. Non sono ammessi soggiorni di vacanza ricreativa

che il soggetto che necessita del servizio è accolto in struttura residenziale della rete sociosanitaria sociale

che il soggetto che necessita del servizio accede ai sostegni del supporto alla residenzialità del presente programma

che il soggetto che necessita del servizio frequenta il seguente servizio diurno

centro diurno disabili (CDD)

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

centro socio educativo (CSE)

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

servizio formazione autonomia per persone disabili (SFA)

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

che il soggetto che necessita del servizio accede alle seguenti misure

misura B1 e B2 FNA per chi attiva un progetto di dopo di noi

progetti vita indipendente

servizio di assistenza domiciliare (SAD)

assistenza domiciliare integrata (ADI)

- in merito alla tipologia D e al voucher per il supporto del soggetto nella seguente situazione di residenzialità in gruppo appartamento o comunità alloggio temporanea con ente gestore

- che il soggetto che necessita del servizio è domiciliato
- che il soggetto che necessita del servizio è residente
- che il soggetto che necessita del servizio è ospite

presso la seguente struttura

Nome struttura

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Ente gestore

Importo retta mensile

€

- che il soggetto che necessita del servizio non è beneficiario del buono per accompagnamento alla vita indipendente (misura B2 FNA)
- che il soggetto che necessita del servizio non ha in corso interventi legati alle sperimentazioni in materia di vita indipendente
- che il soggetto che necessita del servizio non è titolare del voucher inclusione disabili
- che il soggetto che necessita del servizio non beneficia del servizio di assistenza domiciliare comunale (SAD)
- che il soggetto che necessita del servizio non beneficia del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del programma

- in merito alla tipologia D e al contributo per il supporto del soggetto nella seguente situazione di residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno due persone con disabilità

- che il soggetto è
- domiciliato
- residente
- ospite

presso il seguente appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Numero complessivo di ospiti (escluso il sottoscritto)

- che il soggetto che necessita del servizio sostiene delle spese mensili per l'assunzione di assistenti personali o per la fruizione dei servizi tutelari o educativi o di natura sociale forniti

Spese mensili	Numero di assistenti	Ente erogatore dei servizi	Quota a carico
€			%

- che il soggetto che necessita del servizio sostiene delle spese per l'assunzione di assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare o educativa o sociale

Spese annuali

€

- che il soggetto che necessita del servizio non è titolare del voucher inclusione disabili
- che il soggetto che necessita del servizio non beneficia del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente programma

in merito alla tipologia D e al contributo per il supporto del soggetto nella seguente situazione di residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno due persone con disabilità

che il soggetto è

domiciliato

residente

ospite

presso il seguente appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Numero complessivo di ospiti (escluso il sottoscritto)

cohousing

housing

che il soggetto che necessita del servizio sostiene delle spese mensili per l'assunzione di assistenti personali o per la fruizione dei servizi tutelari o educativi o di natura sociale forniti

Spese mensili	Numero di assistenti	Ente erogatore dei servizi	Quota a carico
€			%

che il soggetto che necessita del servizio sostiene delle spese per l'assunzione di assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare o educativa o sociale

Spese annuali

€

che il soggetto che necessita del servizio non è titolare del voucher inclusione disabili

che il soggetto che necessita del servizio non beneficia del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente programma

in merito alla tipologia E e al contributo giornaliero fino ad un massimo di 100,00 € commisurato al reddito familiare, per ricovero di pronto intervento, per massimo 60 giorni, per sostenere il costo della retta assistenziale presso la seguente struttura

residenza abitativa

Nome struttura

comunità socio sanitarie

Nome comunità

comunità alloggio

Nome comunità

residenze sanitarie per disabili

Nome struttura

Condizioni del soggetto

che il soggetto che necessita del servizio si trova in una situazione di emergenza determinata dal seguente fattore

Specificare cause

che la retta sociale a carico di chi presenta la domanda o del Comune è pari al seguente importo mensile

Specificare cause

€

che la condizione di emergenza pregiudica la possibilità di mettere in atto i supporti necessari a garantire la permanenza della persona presso il proprio contesto di vita

che il soggetto che necessita del servizio non è inserito gratuitamente presso unità d'offerta socio-sanitarie accreditate

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

copia della certificazione medica attestante handicap grave

copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Desio

Luogo

Data

Il dichiarante