

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

Ambito Territoriale di

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

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

Via	n.
-----	----

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

[illegible]

Domicilio (se diverso da residenza)

In qualità di

☐ DIRETTO INTERESSATO

## Ovvero di

☐ FAMIGLIARE 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. Nome e Cognome \_\_\_\_\_

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

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

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

E-mail

[illegible]

Medico di Medicina Generale

Domicilio (se diverso dalla residenza)



## CHIEDE

**l'accesso alle misure previste dalla DGR 6218/2022, come di seguito riportato:**  
(Barrare le misure che si intende richiedere)

➤ **Interventi infrastrutturali:**

**TIPOLOGIA A**

- ☐ Contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi e messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)

**TIPOLOGIA B**

- ☐ Contributo ai costi della locazione e spese condominiali

➤ **Interventi gestionali:**

**TIPOLOGIA C**

- ☐ C.1. Voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia incrementabile con:
- ☐ C.2. Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia

**TIPOLOGIA D**

- ☐ D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento con ente gestore
- ☐ D.2 Voucher per il supporto alla residenzialità autogestita
- ☐ D.3 Buono mensile per cohousing/housing

**TIPOLOGIA E**

- ☐ Contributo per ricoveri in pronto intervento

## 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 per cui presenta la richiesta**



- 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;

### Inoltre DICHIARA

- 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:
  - entrambi i genitori e almeno un fratello/sorella;
  - coniuge / convivente e figli;
  - entrambi i genitori;
  - coniuge / convivente;
  - un solo genitore e almeno un fratello/sorella;
  - un solo genitore;
  - almeno un fratello;
  - solo;

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 beneficiario e richiedente;
- Modulo allegato relativo alla tipologia di sostegno richiesto A, B, C, D o E;
- ISEE socio sanitario in corso di validità;

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

Firma \_\_\_\_\_



**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I dati personali raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Seregno e trasmessi all'ATS, all'ASST di Vimercate e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati).

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

Firma \_\_\_\_\_