



ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia D
Domanda di accesso alle misure a sostegno della domiciliarità in soluzioni
alloggiative.

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 6218/2022

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 6218/2022, l'accesso ai contributi di seguito riportati:

- ☐ D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento o comunità alloggio "temporanea" con Ente Gestore;
- ☐ D.2 Contributo per il supporto alla residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità;
- ☐ D.3 Buono mensile per sostenere le esperienze di housing/cohousing.

e a tal fine

DICHIARA

PER LA MISURA D.1:

- ☐ Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (*cancellare le voci che non interessano*) presso la struttura denominata

ubicata in _____ via _____

gestita da _____

Con retta sociale a carico del richiedente o del Comune pari a € _____ mese.

Si allega dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.

OPPURE

- ☐ che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- ☐ Di non essere beneficiario del Buono per accompagnamento alla vita indipendente (Misura B2 FNA);
- ☐ Di non avere in essere interventi legati alle sperimentazioni in materia di Vita indipendente;
- ☐ Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- ☐ Di non beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD);
- ☐ Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.



PER LA MISURA D.2:

- ☐ Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (cancellare le voci che non interessano) presso l'appartamento sito in _____ via _____ In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [] persone per ciascuna delle quali **si allega dichiarazione secondo il MODELLO 1;**

OPPURE

- ☐ che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- ☐ Che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili _____ per l'assunzione di n. [] assistenti personali e/o per la fruizione dei servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da _____ **(allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni)** di cui la quota a carico del richiedente è pari a [][][]%
- ☐ Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____.
- ☐ Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- ☐ Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

PER LA MISURA D.3:

- ☐ Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (cancellare le voci che non interessano) presso l'appartamento sito in _____ via _____ Risultante in cohousing/housing dalla documentazione allegata, In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [] persone per ciascuna delle quali **si allega dichiarazione secondo il modello 1;**

Qualora gestita da un Ente si allega dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità ad attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.



OPPURE

- ☐ che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- ☐ Che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili _____ per l'assunzione di n. [__] assistenti personali e/o per la fruizione dei servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da _____
- (allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni)** di cui la quota a carico del richiedente è pari a [__][__][__]%
- ☐ Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____;
- ☐ Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- ☐ Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.
- ☐

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 _____