

**DOPO DI NOI**  
**L.N. 112/2016 – Piano regionale di Regione Lombardia**

**Domanda per l'accesso ai contributi per gli interventi gestionali previsti dalla D.G.R.  
2912/2024**

All'Ufficio di Piano - c/o ASCI  
Piazza IV Novembre 2  
Lomazzo

**Il sottoscritto:**

INFORMAZIONI RELATIVE AL RICHIEDENTE
NOME:
COGNOME:
COMUNE DI RESIDENZA:
INDIRIZZO:
TELEFONO:
MAIL:

**In qualità di**

- Beneficiario**
- Familiare**
- ADS/Tutore/Rappresentante Legale .....**
- Rappresentante legale dell'Ente /Associazione: indicare denominazione**  
.....

**CHIEDE**

di partecipare al Bando per l'assegnazione delle risorse a favore di persone con disabilità (riconosciuta ai sensi della Legge 104/92, art.3, comma3) prive del sostegno familiare -DOPO DI NOI- L. 112/2016 in favore di:

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO
COGNOME:
NOME:
NATO A: _____ IL _____
CODICE FISCALE:
COMUNE DI RESIDENZA:
INDIRIZZO:

TELEFONO:
MAIL:

per i seguenti progetti/ interventi:

Voucher 'durante noi' – propedeutico ad attivazione di percorso di emancipazione

A)  Voucher accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare

B)  Sostegno alla residenzialità

Tipologia di alloggio:

Gruppo appartamento con Ente gestore

Gruppo appartamento autogestito

Soluzione abitativa in Cohousing/Housing

(è possibile barrare una sola opzione tra A, B)

C)  Sostegno per ricoveri di sollievo/pronto intervento

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 46, 75, 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

INFORMAZIONI SULLA DISABILITA' DEL BENEFICIARIO			
DIAGNOSI MEDICA:			
INVALIDITA' CIVILE:	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Percentuale: _____			
di essere in possesso della certificazione di disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92:			
	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
di aver presentato istanza per il riconoscimento della certificazione di disabilità come riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 in data _____			
	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ACCOMPAGNAMENTO:	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

### INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTESTO FAMILIARE

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO (solo conviventi)		
RAPPORTO DI PARENTELA	COGNOME e NOME	DATA DI NASCITA
Beneficiario		
Padre		
Madre		

Fratello/sorella		
Altri		

**di essere privo del sostegno familiare in quanto (*barrare la condizione*):**

<input type="checkbox"/> mancante di entrambi i genitori
<input type="checkbox"/> i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
<input type="checkbox"/> si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
<input type="checkbox"/> _____

CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA	
CONDIZIONI ECONOMICHE (ISEE ORDINARIO):	€ _____
CONDIZIONI ECONOMICHE (ISEE SOCIO- SAN):	€ _____
Di aver presentato DSU in data:	_____

**DICHIARA INFINE**

- Di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda, qualora ammessa, prevede la realizzazione di una valutazione multidimensionale da parte di un'équipe composta da professionalità quali medico, psicologo o infermiere appartenenti all'ASST, e assistente sociale appartenente all'Ambito o al Comune di residenza e di accettarne gli esiti;
- di essere a conoscenza che il sostegno è prioritariamente garantito alle persone con necessità di sostegno intensivo prive del sostegno familiare in base alla necessità di maggiore urgenza (decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. 3404/2020);
- di impegnarsi a sottoscrivere progetto individualizzato;
- di impegnarsi a compartecipare, se previsto, alle spese per il progetto d'autonomia stabilite in base alla normativa vigente;
- a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno all'Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall'evento stesso.

Il sottoscritto oppure il rappresentante/ADS dichiara

- di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti;

**ALLEGA:**

- COPIA ATTESTAZIONE ISEE socio sanitario
- COPIA ATTESTAZIONE ISEE ordinario
- COPIA certificazione di disabilità con riconoscimento ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92
- COPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE
- COPIA SENTENZA DEL TRIBUNALE DI NOMINA DEL TUTORE/ADS DEL SOGGETTO FRAGILE
- ALTRO \_\_\_\_\_
- COPIA CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

IL RICHIEDENTE

Data \_\_\_\_\_

Se la domanda è presentata da Ente /Associazione si prevede la sottoscrizione del Beneficiario o Familiare o Ads/Tutore/Rappresentante Legale:

Cognome e Nome

FIRMA

**Trattamento dei dati Personali**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per l'accesso alle Misure ex L. 112/2016 sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16. La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dagli artt. 22 e 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati è ASCI, Azienda Sociale Comuni Insieme.

Il Responsabile del Trattamento dei dati è il Responsabile Area Piano di Zona.

Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione ed accettare quanto riportato nel modulo "informativa consenso Privacy" allegato.

data.....

Firma del Richiedente .....