

1) Domanda interventi gestionali

All'Ufficio di Piano  
c/o Comuni Insieme per lo sviluppo sociale  
Piazza Martiri della Libertà 1  
Bollate

**FONDO EX LEGGE 112 DEL 22 GIUGNO 2016 - "DOPO DI NOI"**  
**Domanda per l'accesso ai contributi per gli interventi gestionali previsti  
dalla DGR 275/2023**

**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 grave 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:**

- A)  **Voucher “Durante noi” per consulenza e sostegno alla famiglia propedeutico attivazione voucher autonomia**  
(voucher fino a € 800,00 annuo a nucleo familiare)
- B)  **Sostegno accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare**  
(voucher così articolabile:  
**prima fase o fase di avvio** della durata massima di due anni: prevede l'erogazione di un voucher per l'autonomia pari ad € 3.500,00 che può essere incrementato con il voucher durante noi per l'accompagnamento familiare pari ad € 600,00. Questa fase non è ripetibile.  
**seconda fase o fase intermedia** eventualmente prorogabile per una seconda edizione: fase finalizzata alla sperimentazione di più distacchi temporanei e per più giornate consecutive, in un contesto di civile abitazione. Voucher sino ad € 3.500,00 che può essere incrementato con il voucher durante noi per l'accompagnamento familiare pari ad € 600,00.  
**terza fase o fase conclusiva** eventualmente prorogabile per una seconda edizione: finalizzata al passaggio ad una sede abitativa individuata, per la conseguente formalizzazione dell'avvio di una delle forme residenziali previste dal presente provvedimento. Voucher annuale sino ad € 4.800,00 che può essere incrementato con il voucher durante noi per l'accompagnamento familiare pari ad € 800,00).
- c)  **Sostegno alla residenzialità** (voucher fino a € 1.000,00 mensili, incrementabile ad € 1.200,00 per persone con disabilità che presentino un quadro di natura clinica ad elevata intensità di sostegno. Il budget del progetto di residenzialità è costruito tenendo conto di tutte le risorse derivanti dal Fondo Dopo di Noi e dalle risorse (almeno il **30%**) messe a disposizione dal Comune, dalla persona e liberamente dalla famiglia e tenuto conto delle risorse di altre misure regionali, nazionali e/o comunitarie).
- (è possibile barrare una sola opzione tra b e c)
- d)  **Sostegno per pronto intervento**  
(contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale).

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:			
INVALIDITA' CIVILE:	SI'	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Percentuale: _____			
di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, 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 grave, 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		

### Motivazioni per l'avvio progetto (barrare la motivazione):

<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"/> si desidera sostenere percorsi di accrescimento e sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia e la gestione della vita quotidiana _____

## CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA

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 disabilità grave 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. 275/2023);
- di impegnarsi a sottoscrivere progetto individualizzato;
- di impegnarsi a partecipare, 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;
- in relazione a quanto previsto dal D.LGS 196 del 30 giugno 2003 (codice in materia dei dati personali) esprime il proprio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

### ALLEGA:

- COPIA ATTESTAZIONE ISEE socio sanitario
- COPIA certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992
- COPIA VERBALE INVALIDITA' CIVILE
- COPIA SENTENZA DEL TRIBUNALE DI NOMINA DEL TUTORE/ADS DEL SOGGETTO FRAGILE
- COPIA CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DI CHI PRESENTA LA DOMANDA
- SCHEDA IPOTESI PROGETTUALE
- ALTRO \_\_\_\_\_

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 A.S.C. COMUNI INSIEME PER LO SVILUPPO SOCIALE.

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.

data.....

Firma del Richiedente .....

FONDO EX LEGGE 112 DEL 22 GIUGNO 2016 – “DOPO DI NOI”
---

## Ipotesi progettuale

IN FAVORE DI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Al fine di fornire le informazioni utili all'avvio dell'istruttoria per l'accesso alle misure previste dalla DGR 275/2023 i sottoscritti dichiarano quanto segue:

IPOTESI PROGETTUALI
<input type="checkbox"/> <b>VOUCHER “DURANTE NOI”</b> Specificare quale è l'ente gestore e quale progetto _____
<input type="checkbox"/> <b>ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA</b> Specificare quale è l'ente gestore e quale il progetto: _____
<input type="checkbox"/> <b>RESIDENZIALITA'</b> Specificare quale è l'ente gestore e quale il progetto: _____
<input type="checkbox"/> <b>Gruppo appartamento con gestore</b> Specificare quale è l'ente gestore e quale il progetto: _____
<input type="checkbox"/> <b>Gruppo appartamento autogestito</b>
<input type="checkbox"/> <b>Cohousing/housing</b>
<input type="checkbox"/> <b>PRONTO INTERVENTO</b> Specificare: Periodo di inserimento: _____ Ente gestore e struttura individuata: _____
Descrizione sintetica delle finalità, degli obiettivi di intervento, degli esiti attesi per la realizzazione di un progetto di vita che promuova l'emancipazione della persona adulta con disabilità dai genitori e l'inclusione sociale della persona con disabilità: _____ _____ _____

DATA, \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

L'OPERATORE DI RIFERIMENTO

(assistente sociale o gestore)