

PIANO DI ZONA Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

MODELLO DI DICHIARAZIONE DI CONVIVENZA

DICHIARA

(contrassegnare con X le situazioni d'interesse della dichiarazione)

Che il Signor (cognome nome) _____

ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del

_____ rilasciata da _____ **CHE SI ALLEGA.**

In caso di Richiesta di Contributo Spese condominiali e/o Affitto e/o utenze

corrisponde un importo mensile del canone di locazione pari a € _____ corrispondenti alla quota percentuale % del costo complessivo di affitto;

concorre alle spese condominiali in ragione del % del totale spese;

ha richiesto **non ha richiesto** contributo a sostegno del canone di locazione di detto alloggio a valere sulle misure dopo di noi al Comune di _____ dell'Ambito territoriale di _____;

ha richiesto **non ha richiesto** contributo a sostegno delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure dopo di noi al Comune di _____ dell'Ambito territoriale di _____;

ha richiesto **non ha richiesto** contributo a sostegno delle utenze a valere sulle misure dopo di noi al Comune di _____ dell'Ambito territoriale di _____;

In caso di Richiesta Per contributo Gruppo appartamento Autogestito

sostiene spese mensili pari a euro _____ di cui la quota mensile a carico del richiedente è pari a euro _____ per la quota percentuale di % per l'intervento rivolto a suo favore di:

assistente personale regolarmente assunto

servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi

ha richiesto **non ha richiesto** contributo per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure dopo di noi al Comune di _____ dell'Ambito territoriale di _____;

non risulta beneficiaria:

del Voucher Inclusione disabili

del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma:

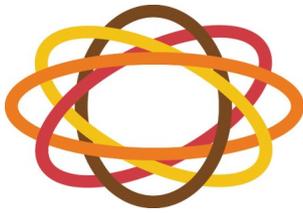
Ha attivi /inoltrato richiesta per gli interventi compatibili sotto in elenco contrassegnati:

Misura b2 FNA: _____) € _____ MENSILE

Misura B1 FNA: _____ € _____ MENSILE

Sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI); € _____ MENSILE

Servizio Assistenza Domiciliare comunale (SA D);



PIANO DI ZONA
Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- Frequenza di Centro Socio Educativo (CSE);
- Frequenza di Centro Diurno Disabili (CDD);
- Frequenza di Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA);

- Sostegno "Canone di locazione/Spese condominiali" del presente Programma;
- Sostegno "Ristrutturazione" del presente Programma;

Data e luogo _____

Firma _____

Per l'informativa sul trattamento dei dati Personali si rimanda a quanto contenuto ed illustrato nell'art. 10 "**Informativa sul Trattamento dei Dati Personali**" dell'Avviso Pubblico Per La Realizzazione Di Interventi A Favore Di Persone Con Disabilita' Grave Prive Di Sostegno Familiare – Dopo Di Noi – L. 112/2016 Dgr 275/2023 e nel Modulo Istanza