

PIANO DI ZONA
Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

ALLEGATO TIPOLOGIA D3

**DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ IN
HOUSING /CHOUSING
"DOPO DI NOI" DGR N. 6218/2022**

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

DICHIARA

Che la persona DESTINATARIA DELL'INTERVENTO per cui viene richiesta la misura:

è domiciliata/residente/ospite (*cancellare le voci che non interessano*) presso l'appartamento sito

Ubicata nel Comune di _____ via _____

CHIEDE

Buono mensile per persona che vive in soluzione in Cohousing /Housing. **Tale buono viene erogato in un contesto dove non esiste un Ente gestore, ma una sviluppata rete di assistenza anche di tipo volontaristica, PER UN CONTRIBUTO PARI**

pari a 12.000,00 €/annui (corrispondente a 1.000,00 €/mese)

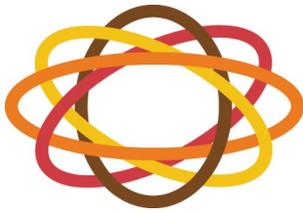
per le persone che presentano un quadro di natura clinica ad elevata intensità di sostegno, il contributo annuale è elevato fino a € 14.400,00 (corrispondente a € 1.200,00/mese). (Ai fini di questo provvedimento, **rientrano nei casi di elevata intensità di sostegno le sole persone** con disabilità motoria grave con un importante carico assistenziale e necessitano di maggiori supporti)

L'entità del contributo è calcolata sulla base delle **spese sostenute dalla persona** per remunerare:

il costo ANNUO dei seguenti interventi attivi:

il/gli assistenti personali regolarmente assunti per N° operatore per complessivo costo ANNUO pari a euro _____

servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni) per il costo complessivo ANNUO pari a euro _____
forniti da _____



PIANO DI ZONA Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

ALLEGATO TIPOLOGIA D3

DICHIARA

Che la persona DESTINATARIA DELL'INTERVENTO per cui viene richiesta la misura:

sostiene spese mensili pari a euro _____ di cui la quota mensile a carico del richiedente è pari a euro _____ per la quota percentuale di % dei costi complessivi, 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

risulta beneficiaria:

- del Voucher Inclusione disabili
- del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma:
- Misura B1 FNA: _____ € _____ MENSILE
- Misura B1 E B2 FNA: _____ € _____ MENSILE
- Sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI) € _____ MENSILE
- Servizio Assistenza Domiciliare comunale (SAD);
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- Frequenza di Centro Socio Educativo (CSE);
- Frequenza di Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA);
- Frequenza di Centro Diurno Disabili (CDD);
- Sostegno "Canone di locazione/Spese condominiali" del presente Programma;
- Sostegno "Ristrutturazione" del presente Programma;

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE

- documentazione relativa all'assunzione/i e/o al contratto/i di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni, regolarmente assunto o in caso di assunzione tramite Ente terzo settore Gestore copia del contratto di servizio con descrizione del monte ore settimanale erogato e ultima fattura;
- Documentazione attestante il costo dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi

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