ALLEGATO TIPOLOGIA D2

DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE A SOSTEGNO GRUPPO APPARTAMENTO-AUTOGESTITO "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

[_] **Contributo residenzialità Autogestita** Fino ad un massimo di € **600,00 mensile pro capite** erogato alle persone disabili gravi che vivono in residenzialità, di cui al presente Programma, in autogestione. Il contributo non potrà eccedere l'80% dei costi sotto elencati. L'entità del contributo è calcolata sulla base delle spese sostenute dai **"conviventi"** 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 _____
  _____

DICHIARA

che la soluzione abitativa è composta da (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [_] persone di cui si elencano in tabella i nominativi **,** di contrassegnare con "X" chi fruisce dei diversi interventi attivi nell'alloggio e a chi fa capo la contrattualizzazione degli interventi. Per ciascuno membro **si ALLEGA IL MODULO DI DICHIARAZIONE CONVIVENZA**

N°	MEMBRI GRUPPO	FRUIZIONE SERVIZIO		CONTRATTUALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI
	Cognome e Nome	Assistente familiare	Assistenza Tutelare/educativa o di natura sociale	
1				
2				
3				

4				
5				

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 [_][_]% 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

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 B1 FNA: Buono assistente personale; (*) €_____MENSILE
[_]Misura B1 E B2 FNA: Assegno per l'autonomia (B1) e Buono per accompagnamento alla vita indipendente (B2); (*) €_____MENSILE
[_]Sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI); (*) €_____MENSILE

[_]Servizio Assistenza Domiciliare comunale (SAD;) [_]Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
[_]Frequenza di Centro Diurno Disabili (CDD); [_]Frequenza di Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA);
[_]Frequenza di Centro Socio Educativo (CSE);
[_]Sostegno "Ristrutturazione" del presente Programma; [_]Sostegno "Canone di locazione/Spese condominiali" del presente Programma;

[_]Consapevole che le Misure sopra contrassegnate (*), sommate al Contributo che sarà definito, non dovrà in ogni caso eccedere l'80% delle spese sostenute dai "conviventi" per remunerare i costi di convivenza (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni).

ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE

- documentazione relativa all'assunzione/i e/o al contratto/i di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni del personale 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
- eventuali patti di suddivisione oneri e il **MODULO DI DICHIARAZIONE CONVIVENZA**

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 6218 Del 04/04/2022 e nel Modulo Istanza

Ufficio di Piano - Distretto Sociale Est Milano - C. Cattaneo, 1 - 20096 Pioltello (MI)
Tel. 02.92366130/132 Fax 02.92161258 ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it