

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 _____

Qualora gestita da un Ente gestore, si allega dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale; (nella fattispecie compilare la parte sottostante)

Gestita da _____

Resp.le Struttura _____ Tel. _____

Pec _____ E-mail _____

Resp.le Progetto Individuale _____ Tel. _____

Pec _____ E-mail _____

CHIEDE

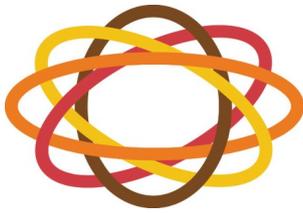
Buono mensile di € 700 pro capite erogato alla persona disabile grave che vive in Cohousing /Housing e può essere aumentato sino a € 900,00 in particolari situazioni di fragilità. Tale buono viene erogato in un contesto dove non esiste un Ente gestore, ma una sviluppata rete di assistenza anche di tipo volontaristica. 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 _____

Il contributo non potrà eccedere l'80% dei succitati costi.



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

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 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;

Consapevole che le Misure sopra contrassegnate (*), sommate al Contributo che sarà definito, non dovrà in ogni caso eccedere l'80% delle spese sostenute dalla persona 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, 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 Disabilità Grave Prive Di Sostegno Familiare – Dopo Di Noi – L. 112/2016 Dgr 6218 Del 04/04/2022 e nel Modulo Istanza