MODELLO DI DICHIARAZIONE DI CONVIVENZA

DICHIARAZIONE DI CONVIVENZA IN GRUPPO APPARTAMENTO O SOLUZIONE DI HOUSING COHOUSING "DOPO DI NOI" DGR N. 6218/2022

SCHEDA COMPONENTE MEMBRO DEL GRUPPO In posizione N° _____

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____ n. _____
Domicilio (se diverso da residenza) _____
Email _____ tel. _____

Codice fiscale [_][_][_][_][_][_][_][_][_][_][_][_][_][_][_][_][_][_]

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO ( )

FAMILIARE ( ) Grado di parentela _____

TUTORE ( ) Nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE ( ) Nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO ( ) Nominato con decreto n. _____ del _____

LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA/ASSOCIAZIONE ( )

Del Signor (Nome e Cognome) _____
Nato a _____ il _____ sesso M ( ) F ( )
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____
Tel. _____
e-mail _____Pec_____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DICHIARA

di aver preso visione delle disposizioni e di quanto reso noto nell'Avviso Pubblico relativamente a tutte le Misure messe a Bando, e di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

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 condiamiali e/o Affitto

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

[_] **concorre** alle spese condominiali in 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 _____;

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 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 (SA D;)
[_]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;

[_]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).

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