

**BANDO “DOPO DI NOI” PER L’ATTIVAZIONE ED IL FINANZIAMENTO DI PROGETTI E PERCORSI  
VOLTI A SOSTENERE PERSONE DISABILI GRAVI PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ (specificare) della persona sotto indicata:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dal bando approvato con determina del Responsabile del Settore Servizi alla Persona della Comunità Montana Valli del Verbano n. \_\_\_\_\_ Reg. Gen. Del \_\_\_\_\_ ,

**CHIEDE**

di poter attivare un progetto individuale relativo a:

- 1.1. eliminazione di barriere architettoniche, adattamenti domotici, messa in regola di impianti in alloggi per l’unità immobiliare sita in via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- 1.2. canone di locazione e/o alle spese condominiali
- 2.1. voucher per l’allenamento alla autonomia o la frequenza a servizi diurni per il raggiungimento di obiettivi di autonomia. Indicare se:  1° annualità,  2° annualità,  3° annualità,  4° annualità
- 2.2. voucher, buono o contributo per la fruizione di soluzioni alloggiative innovative (gruppo appartamento, housing, cohousing)

- 2.2.1. Voucher Gruppo appartamento con Ente gestore
- 2.2.2. - Contributo Gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità che si autogestiscono
- 2.2.3 - Buono per persone che vivono in soluzioni di Cohousing/Housing
- 2.3. contributo per sostenere il costo della retta di una struttura residenziale in caso di ricovero in regime di pronto intervento.

di ricevere le informazioni e/o richieste di integrazione ai seguenti recapiti

- e mail \_\_\_\_\_
- pec \_\_\_\_\_
- indirizzo (de diverso da residenza) \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dal Bando in oggetto:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
- di non usufruire di altre misure, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto.

Dichiara altresì di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori;
- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario;
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate nel DM 23/11/2016

Dichiara, inoltre,

- di conoscere ed accettare senza riserve le regole contenute nel bando per l'erogazione di buoni sociali in favore di persone non autosufficienti
- di impegnarsi a produrre attestazione ISEE ordinaria ed allegarla al progetto individuale

Si allegano:

- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente (se non coincidente con il beneficiario)

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato alla redazione di un progetto individuale predisposto da equipe multidimensionale composta da operatori di ASST/Ambito/Comune di residenza e condiviso e sottoscritto dal beneficiario o da chi lo rappresenta; a tal fine, dichiara inoltre fin d'ora, piena collaborazione con gli operatori sociali/socio-sanitari che saranno incaricati di approfondire la situazione.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli per l'istruttoria relativa al Bando "DOPO DI NOI" per l'attivazione ed il finanziamento di progetti e percorsi volti a sostenere persone disabili gravi prive del sostegno familiare e ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza, presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del D.Lgs. 31/3/1998 e 6, comma 3, del DPCM 7/5/1999 n. 221 e successive modificazioni e che potranno altresì essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che:

- il trattamento dei dati è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio, realizzato da personale dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Distrettuale di Cittiglio anche con l'ausilio di mezzi informatici;
- di essere consapevole che i dati dichiarati potranno essere comunicati ad ATS Insubria e a Regione Lombardia, secondo le indicazioni e con le modalità stabilite da Regione Lombardia.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei dati personali che lo riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

A tal fine

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

fornisco

nego

il consenso affinché il Titolare comunichi i miei dati anche a soggetti terzi, privati o pubblici (come ad esempio ONLUS e simili), sia in presenza che in assenza di convenzioni specifiche con lo stesso al solo fine di garantire la tutela dell'interesse del beneficiario.

Sono consapevole e informato che posso revocare il mio consenso in ogni momento inviando una richiesta, sia via mail all'indirizzo [protocollo@vallidelverbano.va.it](mailto:protocollo@vallidelverbano.va.it) o via posta a Comunità Montana Valli del Verbano – Piazza Marconi 1 – 21030 Cuveglio.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_