



Ambiti territoriali di Bellano, Lecco e Merate

Allegato 4 – Scheda analitica specifica Interventi gestionali – Tipologia D

Domanda di accesso alle misure a sostegno della domiciliarità in soluzioni alloggiative (misura D).

Programma operativo regionale “Dopo di Noi” DGR 6674/2017

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

CHIEDE

Sulla base della DGR 6674/2017 – Allegato B, l'accesso ai contributi di seguito riportati:

- D.1. Voucher per sostenere la residenzialità in gruppo appartamento con Ente Gestore;
- D.2. Contributo per sostenere la residenzialità autogestita da persone con disabilità grave;
- D.3. Buono mensile per sostenere le esperienze di housing/cohousing.

e a tal fine

DICHIARA

(Barrare le voci che interessano)

- Che la persona è già inserita in una delle tipologie di residenzialità previste dal presente Programma;
- Che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- La disponibilità dell'abitazione di proprietà della persona/famiglia;

DICHIARA ALTRESI'

Per la misura D.1.:

- Di non essere beneficiario del Buono per accompagnamento alla vita indipendente (Misura B2 FNA);
- Di non avere in essere interventi legati alle sperimentazioni in materia di Vita indipendente;
- Di non essere titolare della Misura del Reddito di Autonomia disabili;
- Di non beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD);
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.
- Di non frequentare servizi diurni (CSE, SFA, CDD);
- Di frequentare il servizio diurno di seguito riportato _____

Per la misura D.2.:

- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____.
- Di non essere titolare della Misura del Reddito di Autonomia disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

Per la misura D.3.:

- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____.
- Di non essere titolare della Misura del Reddito di Autonomia disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____