

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



Al Comune di residenza della persona

COMUNE DI _____

DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE ai sensi della DGR n. 6674/2017 di Regione Lombardia

Specificare la macro-area

Cambiamento del contesto di vita

Accompagnamento al Dopo di Noi

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (cognome)(nome).....
nato/a prov. il

residente in (comune) via n
telefono..... codice fiscale.....

in qualità di beneficiario tutore curatore amministratore di sostegno familiare

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome nome
nato/a a prov. il
residente a in via / piazza n.
telefono codice fiscale

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



CHIEDE

in attuazione della DGR 6674/2017 gli interventi previsti dalla normativa:

INTERVENTI INFRASTRUTTURALI comprendenti:

Eliminazione barriere, messa in opera impianti, adattamenti domotici
Sostegno al canone locazione e/o spese condominiali

INTERVENTI GESTIONALI comprendenti:

Sostegno a percorsi di accompagnamento verso l'autonomia
Interventi di supporto alla domiciliarità
Sostegno al ricovero in situazioni di emergenza.

La presente richiesta è da collocarsi in una delle seguenti macro-aree:

Cambiamento del contesto di vita
Accompagnamento al Dopo di Noi

In fede,

.....
(firma)

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



ALLEGATO ALLA DOMANDA A FAVORE DEL SIG
PRESENTATA IN DATA..... .

Il Richiedente,

Consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA CHE

il sig/la sig.ra.....(beneficiario)

ha una disabilità grave non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità

è stato riconosciuto/a in condizioni di disabilità gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992 e accertata nelle modalità indicate nell'art. 4 della medesima Legge

è privo/a del sostegno familiare in quanto:

mancante di entrambi i genitori

i genitori non sono in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale

considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare

non presenta comportamenti auto/etero-aggressivi, ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale, che richiedono una protezione elevata incompatibile con le tipologie di interventi di residenzialità oggetto del presente programma

nell'anno 2017 ha goduto del beneficio misura B2 DGR 5940 SI NO

frequenta servizi sanitari diurni SI NO

frequenta strutture sociali/sociosanitarie(SFA,CSE,CDD;CDI) SI NO

è inserito in gruppo appartamento, cohousing, housing SI NO

UFFICIO di PIANO – Ambito Distrettuale di Gallarate – Via Volta 19, Angolo Via Dante – 21013 GALLARATE (VA) –

TEL E FAX. 0331.718315 – mail: ufficiodipiano@comune.gallarate.va.it

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



il nucleo familiare anagrafico è così composto:

GRADO PARENTELA	DI	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

la tipologia di presenza dell'assistente personale regolarmente assunto:

- nessuno
- 24 H
- Tempo pieno > 7 ore
- Tempo parziale < 7 ore
- Qualificato 24 h
- Qualificato tempo pieno > 7 ore
- Qualificato tempo parziale < 7 ore
- Altro

utilizza altri servizi:

- contributi economici
- SAD - Servizio di Assistenza Domiciliare
- misura B1 (DGR 5940/2016)
- protesi/ausili
- ADI - Assistenza Domiciliare Integrata
- Legge 23
- RSA aperta
- progetto vita indipendente
- altro:

In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, si avvarrà di una della seguente modalità di riscossione:

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



- eventuale trasferimento;
- modifica della composizione del nucleo familiare;
- modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
- aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare

In fede

.....
(firma)

Informativa ai sensi dell'art 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, la informiamo di quanto segue: il trattamento dei suddetti dati risulta indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale e sarà effettuato dal personale a ciò delegato dai Comuni dell'Ambito Territoriale del Distretto di Gallarate, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante
acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

In fede,

.....
(firma)

Luogo e data,

Si allegano:

- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e/o beneficiario e delegato alla riscossione;
- attestazione ISEE ordinario e, per gli interventi e/o servizi di supporto forniti da Ente gestore, attestazione ISEE socio-sanitario della persona disabile grave e dichiarazione unica sostitutiva;
- copia verbale di riconoscimento handicap grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



- copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di amministrazione di sostegno, tutela, curatela);
- attestazione riconoscimento della misura B1 a carico dell'ATS nell'anno 2017
- modulo di delega per la riscossione .

_____ , _____

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO

