Amministrazione destinataria

Comune di Seregno

Ufficio destinatario

Ambito sociale territoriale

Domanda di attivazione di prestazioni socio assistenziali

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'accesso alla valutazione multidimensionale per le seguenti misure previste dalla normativa regionale sul Dopo di Noi

- ○ tipologia A - contributi per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)
- ○ tipologia B
  - ☐ contributo mensile per unità abitativa a sostegno del canone di locazio
  - ☐ contributo annuale per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali
- ○ tipologia C
  - ☐ voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia
  - ☐ voucher "Durante noi" per consulenza e sostegno alla famiglia una tantum
- ○ tipologia D
  - ○ voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo con ente gestore
  - ○ voucher per il supporto alla residenzialità autogestita in appartamento con almeno due persone con disabilità
  - ○ buono mensile per housing o cohousing
- ○ tipologia E - contributi per ricoveri in pronto intervento o sollievo per un massimo di 60 giorni di soggiorno

Soggetto interessato

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

In qualità di

- ○ tutore

Numero decreto di nomina	Data decreto	Medico di medicina generale di riferimento

- ○ curatore

Numero decreto di nomina	Data decreto	Medico di medicina generale di riferimento

- ○ amministratore di sostegno

Numero decreto di nomina	Data decreto	Medico di medicina generale di riferimento

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☑ la presenza di disabilità grave ai sensi della Legge 05/02/1992, n.104, art. 3, com. 3, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- ☑ di possedere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni
- ☑ l'assenza del supporto familiare in quanto il richiedente è mancante di entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale o perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno
- ☑ che i documenti allegati non sono stati revocati, sospesi o modificati
- ☑ di essere a conoscenza che all'indirizzo mail indicato verranno inviate le comunicazioni dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi

☑ che il soggetto che necessita del servizio si trova nella seguente condizione familiare

- ○ con entrambi i genitori presenti e almeno un fratello o una sorella
- ○ con coniuge o convivente e figli
- ○ con entrambi i genitori
- ○ un solo genitore e almeno un fratello o una sorella
- ○ con coniuge o convivente
- ○ con un solo genitore
- ○ con almeno un fratello
- ○ solo

Ulteriori informazioni utili sulla situazione familiare (es. malattie invalidanti, carichi familiari,..)

☐ che il soggetto frequenta

- ○ la seguente struttura diurna

Struttura	Indirizzo	Ente che la gestisce

- ○ la seguente struttura residenziale

Struttura	Indirizzo	Ente che la gestisce

☐ che gli interventi strutturali di tipologia A per cui si chiede il contributo si realizzeranno presso le seguenti strutture

- ○ gruppo appartamento o soluzione abitativa di housing o cohousing
  - ○ di proprietà della seguente famiglia del soggetto con disabilità

Cognome	Nome	Codice fiscale

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

  - ○ di proprietà dell'ente pubblico

Cognome	Nome	Codice fiscale

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

○ di edilizia popolare

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

○ di proprietà di ente privato, no profit o onlus

Ente di riferimento

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

○ presso l'abitazione del soggetto con disabilità (se in condivisione con altra persona con disabilità), messa a disposizione per la realizzazione degli interventi

Cognome	Nome	Codice fiscale

Indirizzo dell'alloggio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

☐ che il soggetto che necessita del servizio è proprietario o titolare dell'appartamento situato al seguente indirizzo

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

☐ che il soggetto che necessita del servizio è disponibile a costituire vincolo di destinazione d'uso per almeno 10 anni (a partire dalla data di assegnazione del contributo) in conformità al progetto di utilizzo presentato

☐ che il soggetto che necessita del servizio non beneficia di ulteriori contributi a carico di risorse regionali o nazionali per la stessa tipologia di intervento

☐ che il soggetto che necessita del servizio è consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla presentazione di specifico progetto nel quale dovranno essere esplicitati il costo complessivo dell'intervento, i tempi di attuazione, il numero di posti previsti e i nominativi di utenza previsti e l'eventuale crono-programma dei nuovi successivi inserimenti

☐ che in merito alla tipologia B la persona per cui viene chiesta la misura si trova nella seguente condizione

○ vive nel seguente gruppo appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

condiviso con i seguenti soggetti

Cognome	Nome	Codice fiscale

○ vive in soluzioni di housing o cohousing situato al seguente indirizzo

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

condiviso con i seguenti soggetti

Cognome	Nome	Codice fiscale

Ente di riferimento

○ risulta conduttore, co-conduttore, ospite, residente o domiciliato

○ per contributo a sostegno delle spese condominiali del seguente appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

con contratto d'affitto intestato al seguente soggetto

Cognome

Nome

Rapporto con il soggetto che presenta domanda

Importo mensile del canone di locazione

Percentuale corrispondente

%

○ per contributo a sostegno del canone di locazione del seguente appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

con contratto d'affitto intestato al seguente soggetto

Cognome

Nome

Rapporto con il soggetto che presenta domanda

Importo mensile del canone di locazione

Percentuale corrispondente

%

☐ in merito alla tipologia C

☐ che il soggetto che necessita del servizio è consapevole che il voucher annuale può essere di massimo 4.800,00 € finalizzati a realizzare l'accoglienza in "alloggi o palestra" o altre formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti per sperimentare le proprie abilità al di fuori del contesto d'origine, esperienze di soggiorni extra familiari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine nel quadro di un intervento documentato a sviluppo dell'autonomia. Non sono ammessi soggiorni di vacanza ricreativa

☐ che il soggetto che necessita del servizio è consapevole che il voucher una tantum può essere di massimo 800,00 € per consulenza e sostegno alla famiglia, finalizzati a realizzare l'accoglienza in "alloggi o palestra" o altre formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti per sperimentare le proprie abilità al di fuori del contesto d'origine, esperienze di soggiorni extra familiari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine nel quadro di un intervento documentato a sviluppo dell'autonomia. Non sono ammessi soggiorni di vacanza ricreativa

☐ che il soggetto che necessita del servizio è accolto in struttura residenziale della rete sociosanitaria sociale

☐ che il soggetto che necessita del servizio accede ai sostegni del supporto alla residenzialità del presente programma

☐ che il soggetto che necessita del servizio frequenta il seguente servizio diurno

○ centro diurno disabili (CDD)

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

○ centro socio educativo (CSE)

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

○ servizio formazione autonomia per persone disabili (SFA)

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

☐ che il soggetto che necessita del servizio accede alle seguenti misure

○ misura B1 e B2 FNA per chi attiva un progetto di dopo di noi

○ progetti vita indipendente

○ servizio di assistenza domiciliare (SAD)

○ assistenza domiciliare integrata (ADI)

☐ in merito alla tipologia D e al voucher per il supporto del soggetto nella seguente situazione di residenzialità in gruppo appartamento o comunità alloggio temporanea con ente gestore

○ che il soggetto che necessita del servizio è domiciliato

○ che il soggetto che necessita del servizio è residente

○ che il soggetto che necessita del servizio è ospite

presso la seguente struttura

Nome struttura

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Ente gestore

Importo retta mensile

€

☐ che il soggetto che necessita del servizio non è beneficiario del buono per accompagnamento alla vita indipendente (misura B2 FNA)

☐ che il soggetto che necessita del servizio non ha in corso interventi legati alle sperimentazioni in materia di vita indipendente

☐ che il soggetto che necessita del servizio non è titolare del voucher inclusione disabili

☐ che il soggetto che necessita del servizio non beneficia del servizio di assistenza domiciliare comunale (SAD)

☐ che il soggetto che necessita del servizio non beneficia del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del programma

☐ in merito alla tipologia D e al contributo per il supporto del soggetto nella seguente situazione di residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno due persone con disabilità

☐ che il soggetto è

○ domiciliato

○ residente

○ ospite

presso il seguente appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Numero complessivo di ospiti (escluso il sottoscritto)

☐ che il soggetto che necessita del servizio sostiene delle spese mensili per l'assunzione di assistenti personali o per la fruizione dei servizi tutelari o educativi o di natura sociale forniti

Spese mensili	Numero di assistenti	Ente erogatore dei servizi	Quota a carico
€			%

☐ che il soggetto che necessita del servizio sostiene delle spese per l'assunzione di assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare o educativa o sociale

Spese annuali

€

☐ che il soggetto che necessita del servizio non è titolare del voucher inclusione disabili

☐ che il soggetto che necessita del servizio non beneficia del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente programma

☐ in merito alla tipologia D e al contributo per il supporto del soggetto nella seguente situazione di residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno due persone con disabilità

☐ che il soggetto è

- ○ domiciliato
- ○ residente
- ○ ospite

presso il seguente appartamento

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Numero complessivo di ospiti (escluso il sottoscritto)

- ○ cohousing
- ○ housing

☐ che il soggetto che necessita del servizio sostiene delle spese mensili per l'assunzione di assistenti personali o per la fruizione dei servizi tutelari o educativi o di natura sociale forniti

Spese mensili	Numero di assistenti	Ente erogatore dei servizi	Quota a carico
€			%

☐ che il soggetto che necessita del servizio sostiene delle spese per l'assunzione di assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare o educativa o sociale

Spese annuali

€

☐ che il soggetto che necessita del servizio non è titolare del voucher inclusione disabili

☐ che il soggetto che necessita del servizio non beneficia del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente programma

☐ in merito alla tipologia E e al contributo giornaliero fino ad un massimo di 100,00 € commisurato al reddito familiare, per ricovero di pronto intervento, per massimo 60 giorni, per sostenere il costo della retta assistenziale presso la seguente struttura

○ residenza abitativa

Nome struttura

○ comunità socio sanitarie

Nome comunità

○ comunità alloggio

Nome comunità

○ residenza abitativa

Nome struttura

Condizioni del soggetto

☐ che il soggetto che necessita del servizio si trova in una situazione di emergenza determinata dal seguente fattore

Specificare cause

☐ che la retta sociale a carico di chi presenta la domanda o del Comune è pari al seguente importo mensile

Specificare cause

€

☐ che la condizione di emergenza pregiudica la possibilità di mettere in atto i supporti necessari a garantire la permanenza della persona presso il proprio contesto di vita

☐ che il soggetto che necessita del servizio non è inserito gratuitamente presso unità d'offerta socio-sanitarie accreditate

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- [ ] copia del documento d'identità del beneficiario se differente dal richiedente
- [ ] copia dell'attestazione ISEE
- [ ] copia eventuale documentazione relativa all'amministratore di sostegno
- [ ] dichiarazione di convivenza in gruppo appartamento o soluzione di housing cohousing
- [ ] copia delle spese condominiali preventivo anno corrente ed eventuali patti di suddivisione oneri
- [ ] copia del contratto di locazione ed eventuali altri patti di suddivisione oneri
- [ ] documentazione relativa all'assunzione o al contratto di servizi e ultimi 3 cedolini o fatturazioni
- [x] copia della certificazione medica attestante condizione di disabilità grave
- [ ] copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- [ ] dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Seregno		