

# 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 .....

**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

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 2018 ha goduto del beneficio misura B2 DGR 7856  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

il nucleo familiare anagrafico è così composto (inserire anche i dati del beneficiario):

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	DI	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: .....



e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività del Distretto e comunale. I destinatari dei dati personali sono il Distretto, i Comuni facenti parte e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

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;
- 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 2018