

L. 112/2016 ("Dopo di noi"). Domanda per l'assegnazione di contributi finalizzati alla realizzazione di interventi e servizi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel. Cellulare _____ E-mail _____

E-mail certificata _____

Eventuale domicilio diverso dalla residenza dove ricevere comunicazioni:

via/piazza _____ n. _____

città _____ prov. _____ CAP _____

In qualità di:

☐ Beneficiario

☐ Familiare

☐ ADS/Tutore/curatore

PRESENTA

domanda per l'accesso ai contributi finalizzati alla realizzazione di interventi e servizi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, ai sensi della L. 112/2016 ("Dopo di noi")

A favore di: *(compilare i sottostanti campi nel caso in cui il beneficiario non coincida con il sottoscrittore della domanda)*

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tel. Cellulare _____ E-mail _____

E-mail certificata _____

Eventuale domicilio diverso dalla residenza dove ricevere comunicazioni:

via/piazza _____ n. _____

città _____ prov. _____ CAP _____

INDICA LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INTERVENTO

- ☐ a) Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine, ovvero per la de istituzionalizzazione, di cui all'art. 3, c. 2 e 3, D.M. 23.11.2016.
- ☐ b) Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3, c. 4, D.M. 23.11.2016.
- ☐ c) Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'art. 3, c. 7, D.M. 23.11.2016.

a tal fine, **DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che:

- la persona destinataria dell'intervento residente nel Comune di _____ è **portatrice di handicap in condizione di gravità** ai sensi della **Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa è regolarmente soggiornante in Italia;

- la persona con disabilità per cui si chiede l'intervento è in possesso di una attestazione Isee socio-sanitario di € _____;

- la persona con disabilità per cui si chiede l'intervento:

☐ è in carico all' Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (U.M.V.D.)

☐ NON è in carico all' Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (U.M.V.D.)

- la persona con disabilità per cui si chiede l'intervento:

☐ è titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico

Se sì, quali? _____

☐ NON è titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico

- la persona con disabilità per cui si chiede l'intervento:

☐ è in attesa dell'attivazione di servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico

Se sì, quali? _____

- nel nucleo familiare della persona con disabilità per cui si chiede l'intervento:

☐ sono presenti altri componenti in condizioni di fragilità (altre persone con disabilità presenti nel nucleo e/o in condizioni di non autosufficienza):

- la persona con disabilità per cui si chiede l'intervento:

☐ è ricoverata presso struttura residenziale; se sì quale

☐ NON è ricoverata presso struttura residenziale.

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento *(da compilare obbligatoriamente):*

ALLEGA

La/Il sottoscritto/a allega alla domanda la seguente documentazione:

- Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario se non coincidenti;
- Copia dell'eventuale Provvedimento di protezione giuridica che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile;
- Copia della certificazione di handicap in condizione di gravità ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3;
- Attestazione ISEE socio-sanitario del richiedente in corso di validità;
- Copia del titolo di soggiorno per i cittadini stranieri.

Data ____/____/____

Firma della/del dichiarante

Informativa trattamento dati personali

Si informa che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati forniti saranno trattati dal Consorzio IN.RE.TE. esclusivamente per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente.

Il titolare del trattamento dei dati è il Consorzio IN.RE.TE., con sede in Via Circonvallazione, 54 b – Ivrea (TO). Per prendere visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali in formato esteso si rimanda al sito istituzionale del Consorzio IN.RE.TE. www.inrete.to.it

Data ____/____/____

Firma della/del dichiarante
