DISTRETTO DI LECCO

Ambiti territoriali di Bellano, Lecco e Merate

Istanza di valutazione per l'accesso alle misure
del Programma operativo Regionale "Dopo di noi"

DA UTILIZZARSI DA PARTE DI ENTI PROPONENTI PROGETTI DI INTERVENTO*

Ambito Territoriale di _____

E, p.c. Al Comune di _____

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ n. _____

Email _____ tel. _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Domicilio (se diverso da residenza) _____

_____

In qualità di

Rappresentante legale di

☐ COMUNE DI _____

☐ ASSOCIAZIONE DI FAMIGLIE DI PERSONE DISABILI _____

☐ ASSOCIAZIONE DI PERSONE CON DISABILITA' _____

☐ ENTE DI TERZO SETTORE _____

☐ ALTRO ENTE PUBBLICO _____

CHIEDE

l'accesso alle misure previste dalle DGR sul "Dopo di Noi", come di seguito riportato, a sostegno dell'allegato progetto[1] per la realizzazione di:
(Barrare le misure che si intende richiedere)

- **Interventi infrastrutturali:**

- Contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi, messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza) ☐

- Contributo ai costi della locazione e spese condominiali ☐

- **Interventi gestionali:**

- Voucher "per percorsi di accompagnamento all'autonomia" per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione ☐

- Voucher "durante noi": consulenza/sostegno alla famiglia (una tantum ed esclusivamente ad integrazione del voucher di cui al punto precedente ☐

- Voucher per il "supporto alla residenzialità con ente gestore ☐

- Contributo per la residenzialità autogestita ☐

- Buono mensile cohousing/housing ☐

- Contributo per ricoveri temporanei in pronto intervento/sollievo in situazioni di emergenza (max. 60gg) ☐

In favore dei seguenti beneficiari (massimo cinque persone)

1. Sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale

_____

2. Sig. Nome e Cognome _____

1 cfr. schema base per la progettazione degli interventi

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale

_____

3. Sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale

_____

4. Sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale

_____

5. Sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale

_____

A tal fine

DICHIARA

Per tutti i destinatari la presenza dei requisiti di seguito elencati

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto mancanti entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno.

Si allega

- **Scheda progetto con analisi degli obiettivi perseguiti e delle modalità di attivazione**

Data e luogo _____ Firma _____

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 101/2018
Si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso del Comune di Lecco – Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale di Lecco e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Operative territoriali e nel rispetto dell'Art. 13 del Decreto 196/2003. Per adesione

Data e luogo _____ Firma _____

*** ai sensi delle DGR sul Dopo di Noi gli enti di terzo settore che intendono sviluppare interventi ai sensi della normativa dovranno prevedere forme di coprogettazione con persone, famiglie e Comuni/Ambiti. Dovranno inoltre possedere e documentare i seguenti requisiti:**

- comprovata esperienza nel campo dell'erogazione di servizi e attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle misure di sostegno ed alle esperienze organizzative realizzate ai sensi delle DGR sul Dopo di Noi;
- iscrizione ai rispettivi albi provinciali/regionali;
- assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali in corso;
- garanzia da parte degli enti della solvibilità autocertificando l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi Banca d'Italia (circolare n.139 del 11.2.1991 aggiornata al 29.04.2011-14°aggiornamento).