



## 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"

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

DIRETTO INTERESSATO

#### Ovvero di

FAMILIARE - Grado di parentela \_\_\_\_\_

TUTORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Del 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) \_\_\_\_\_

## CHIEDE

**l'accesso alle misure previste dalle DGR sul "Dopo di Noi", come di seguito riportato:**  
(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)

## DICHIARA

### 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.

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 \_\_\_\_\_