

Spett.le
COMUNE DI BUSTO ARSIZIO
SETTORE SERVIZI SOCIALI
Ufficio di Piano
Via Fratelli D'Italia, 11
21052 Busto Arsizio

**DOMANDA PER L'ACCESSO AI CONTRIBUTI PER I SOSTEGNI
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVI DEL
SOSTEGNO FAMILIARE - DOPO DI NOI - L.N. 112/2016 -
PREVISTI DALLA D.G.R. 3404/2020**

RICHIEDENTE

COGNOME: _____
NOME: _____
NATO A: _____ IL _____
CODICE FISCALE: _____
COMUNE DI RESIDENZA: _____
INDIRIZZO: _____
TELEFONO: _____
E-MAIL _____

In qualità di

- Beneficiario**
- Familiare**
- ADS/Tutore/Rappresentante Legale**
- Rappresentante legale dell'Ente / Associazione:** indicare denominazione

.....

SedeTel.....

Mail P.IVA

BENEFICIARIO (compilare solo se diverso dal richiedente)

COGNOME: _____
NOME: _____
NATO A: _____ IL _____
CODICE FISCALE: _____
COMUNE DI RESIDENZA: _____
INDIRIZZO: _____
TELEFONO: _____
E-MAIL _____

CHIEDE

I seguenti sostegni:

- Sostegno Accompagnamento all'Autonomia**

Supporto alla Residenzialità

- Gruppo appartamento con Ente gestore**
- Gruppo appartamento autogestito**
- Soluzione abitativa in Cohousing/Housing**
- Ricovero di Pronto intervento/Sollievo**
- Contributo per spese condominiali o canoni di locazione**
- Contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma di impianti, adattamenti domotici**

L'assegnazione del contributo è destinata all'unità immobiliare Sita nel Comune di..... Via

- di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei famigliari
- di proprietà dell'Ente pubblico
- di edilizia popolare
- di proprietà di Ente privato no profit ONLUS

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- età compresa tra i 18 e i 64 anni
- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92
- di non usufruire di misure incompatibili, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto, come specificato nell'Avviso.

DICHIARA ALTRESÌ

di trovarsi in una delle seguenti condizioni (barrare la casella corrispondente):

- persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori
- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'articolo 3, comma 4 DM 23/11/2016.

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda, qualora ammessa, prevede il coinvolgimento del beneficiario e della sua famiglia alla valutazione multidimensionale e alla progettazione attuate da un'équipe composta da assistente sociale del Comune e professionisti appartenenti all'ASST;
- di dare tempestiva comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza del diritto di assegnazione del sostegno all'Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall'evento stesso;

Il sottoscritto oppure il rappresentante/ADS dichiara di essere a conoscenza che Il Comune di Busto Arsizio procederà a controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 (ai sensi dell'art. 71 del T.U. D.P.R. 445/2000). Qualora dal controllo di cui all'art. 71 succitato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del T.U. D.P.R. 445/2000) e sarà soggetto alla responsabilità penale di cui all'art. 76 del T.U. D.P.R. 445/2000.10.

Qualora la presente richiesta venga accolta, l'Ufficio di Piano provvederà a liquidare l'importo riconosciuto sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

IBAN _____

BANCA DI APPOGGIO _____

INTESTATARIO DEL CONTO _____

C.F. INTESTATARIO _____

Si allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92
- ISEE socio sanitario del beneficiario

Luogo e data _____

Firma del Richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo 679/2016 (Privacy) è disponibile al seguente link: <https://www.comune.bustoarsizio.va.it/index.php/area-documentale/privacy>