

# 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. XI/4749 del 24.05.2021*

*INTERVENTI GESTIONALI*

*INTERVENTI INFRASTRUTTURALI*

## **RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome).....

nato/a ..... prov. .... il .....

residente in (comune) ..... via ..... n .....

telefono..... codice fiscale.....

e-mail .....

pec .....

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 n. XI/4749 del 24.05.2021 gli interventi previsti dalla normativa:

**INTERVENTI GESTIONALI** comprendenti:

- Sostegno a percorsi di accompagnamento verso l'autonomia
- Interventi di supporto alla residenzialità
- Interventi di permanenza temporanea in soluzioni abitative extra-familiare (ricoveri di pronto intervento/sollievo);

**INTERVENTI INFRASTRUTTURALI** comprendenti:

- interventi di ristrutturazione dell'abitazione
- sostegno del canone di locazione
- sostegno delle spese condominiali

(N.B.: L'accesso al finanziamento è vincolato al requisito di immobili ubicati esclusivamente nei Comuni dell'Ambito di Gallarate. Il contributo non è erogabile alla singola persona per il proprio appartamento, eccezion fatta se essa mette a disposizione il proprio appartamento per dividerlo con altre persone (residenzialità autogestita).

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 grave 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: (barrare la casella interessata)
  - 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, complesse;
- presenta comportamenti auto/etero-aggressivi, ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale, complesse;

frequenta servizi sanitari diurni  SI  NO  
 se sì, presso .....

frequenta Servizi sociali/socio-sanitari (SFA, CSE, CDD, CDI)  SI  NO  
 se sì, presso .....

è inserito in gruppo appartamento, cohousing, housing  SI  NO  
 se sì presso .....

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 (ANNO 2020)



- autorizzare visite domiciliari di operatori del Comune di residenza ai fini del monitoraggio periodico sull'assistenza prestata e sulla destinazione delle risorse per gli usi concordati nel progetto di intervento;

in caso di accoglimento della domanda, a documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato;

- comunicare (entro 30 giorni e per iscritto) al Comune di residenza:
  - eventuale decesso;
  - eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
  - eventuale trasferimento;
  - modifica della composizione del nucleo familiare;
  - modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
  - aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare

### COMUNICA

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la propria istanza al seguente indirizzo email:

---

**In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.**

Titolare del trattamento dati e Responsabile della protezione: Comune di Gallarate – Via Verdi, 2 – 21013 Gallarate (VA) – posta elettronica certificata: protocollo@pec.comune.gallarate.va.it – tel 0331.754111. I dati, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Distretto di Zona di Gallarate e dei Comuni facenti parte del Distretto su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi 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.

Luogo e data, .....

In fede

.....  
(firma)

Si allegano:

- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e/o beneficiario e delegato alla riscossione;
- attestazione ISEE socio-sanitario della persona disabile grave e dichiarazione unica sostitutiva (DSU);
- copia verbale di riconoscimento “persona con handicap con connotazione di gravità, di cui all’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile
- attestazione riconoscimento della misura B1 a carico dell’ATS nell’anno 2018;
- Contratto di locazione regolarmente registrato e in corso di validità (solo per interventi infrastrutturali/contributi per canone locazione e spese condominiali);
- Documento attestante la titolarità dell’immobile;
- Documentazione a comprova delle spese condominiali;
- Eventuale titolo di soggiorno se cittadino non comunitario.