***Allegato A***

Il/la sottoscritto/a:

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI RELATIVE AL RICHIEDENTE** |
| COGNOME E NOME |  |
| NATO A |  | DATA DI NASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COMUNE DI RESIDENZA |  |
| INDIRIZZO |  |
| RECAPITO TELEFONICO |  |
| EMAIL |  |

**CHIEDE**

di partecipare al Bando per l’assegnazione delle risorse a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -DOPO DI NOI - L.112/2016 in favore di:

* se stesso;
* altro beneficiario:

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO** |
| COGNOME E NOME |  |
| NATO A |  | DATA DI NASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| COMUNE DI RESIDENZA |  |
| INDIRIZZO |  |
| RECAPITO TELEFONICO |  |
| EMAIL |  |
| GRADO DI PARENTELA |  |
| IN QUALITA’DI |  |

**per i seguenti progetti/interventi:**

**A) Sostegno accompagnamento all’autonomia per l’emancipazione dal contesto familiare**

(voucher fino a € 3.500,00 annuali a persona incrementabile di voucher fino a € 600,00 annuo per consulenza/sostegno alla famiglia)

**B) Sostegno alla residenzialità**

 Tipologia di alloggio:

* **Gruppo appartamento gestito da Ente gestore/ Comunità alloggio sociali pe disabili (CA) e Comunità socio sanitarie per disabili (CSS)**
* **Gruppo appartamento autogestito**;
* **Soluzione abitativa in Cohousing/Housing**

Per tutte le tipologie di coabitazione è definito un tetto massimo di spesa che, al netto di altre misure compatibili, è pari a 14.400,00 €/annui a carico del Fondo DDN

L’entità del contributo è calcolata sulla base delle spese sostenute per il/gli assistenti personali regolarmente assunti e/o servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso costi relativi alla frequenza dei servizi diurni) e non può eccedere l’70%.

**C) Pronto Intervento/Sollievo**

(contributo giornaliero pro capite per massimo n. 60 giorni fino a 100 euro e comunque non superiore all’80% della retta assistenziale)

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 46, 75, 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00
 di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti

(*barrare la casella e compilare quando richiesto*)

* Certificazione della condizione di gravità L. 104/1992 art. 3 comma 3
* Di frequentare il seguente servizio diurno sociale o socio-sanitario (cse, cdd, sfa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*oppure*

* Di non frequentare un servizio diurno sociale o socio-sanitario (cse, cdd, sfa)
* Di avere un indicatore isee socio-sanitario pari a euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di avere un indicatore isee ordinario pari a euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di usufruire delle seguenti misure:

* SAD – Servizio di Assistenza Domiciliare
* ADI – Assistenza Domiciliare Integrata
* Reddito di Autonomia disabili
* Misura B1- B2 FNA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Progetto sperimentale di Vita Indipendente
* Accoglienza residenziale in Udo socio sanitaria
* Sostegni inerenti le misure “Dopo Di Noi ” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

* che il proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GRADO PARENTELA | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Che per il progetto collegato all’erogazione del voucher/buono/contributo che si intende realizzare è già stato individuato il seguente ente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell’Avviso Pubblico “DOPO DI NOI” **DGR 2914/2024**

**Trattamento dei dati personali**

Il trattamento dei dati personali e particolari sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è l’esame delle istanze per l’accesso agli strumenti riservati a persone di qualsiasi età, che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale – DOPO DI NOI come da D.G.R. 2914/2024 di Regione Lombardia, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento dei dati.

Nell’ambito dell’esame delle istanze, i Comuni dell’Ambito Territoriale di Cantù e l’Azienda Speciale Consortile “Galliano” si impegnano a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati personali, dati particolari, dati giudiziari in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 (“GDPR”) mediante l’adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell’art. 32 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l’impossibilità di procedere all’istruttoria dell’istanza presentata e per le formalità ad essa connesse.

I diritti spettanti all’interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

I Titolari del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR sono i Comuni dell’Ambito Territoriale di Cantù.

Il Responsabile esterno del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 è l’Azienda Speciale Consortile “Galliano” in persona del Direttore, dott. Gianpaolo Folcio.

Il Responsabile della Protezione Dati (DPO) ai sensi art. 37 del GDPR dell’Azienda Speciale Consortile “Galliano” è l’avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione, l’interessato presta consenso informato e autorizza il trattamento dei dati personali.

*Luogo e data Il richiedente*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Alla presente domanda si allegano:

* Fotocopia carta d’identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
* Attestazione I.S.E.E. ordinario e socio-sanitario in corso di validità;
* Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3. Comma 3 ed eventuale indennità di accompagnamento;
* Documentazione clinico sanitaria in merito alla diagnosi di invalidità;
* Attestazione riportante l’indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (SCALA ADL);
* Attestazione riportante l’indice di dipendenza nelle attività strumentali alla vita quotidiana (SCALA IADL);
* Eventuale titolo di soggiorno in corso di validità.