

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 31
COMUNE CAPOFILA
SANT'AGATA MILITELLO**

Richiesta di interventi per persone con
disabilità grave e prive del sostegno
familiare "DOPO DI NOI" Legge
N.112/2016 - D.A. n.2727/S5

Avviso Pubblico del

DOMANDA PER GLI INTERVENTI GESTIONALI

Interventi gestionali a favore di persone con disabilità grave e prive del
sostegno familiare residente nel Comune di _____ di
cui all'avviso del _____
Legge N. 122/2016 "DOPO DI NOI"

La/Il sottoscritta/o:

Cognome _____ Nome _____
Nata/o a _____ il _____ Residente a _____
Via/le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

In qualità di

Beneficiario

Familiare

ADS/Tutore/Rappresentante Legale

Rappresentante legale dell'Ente/Associazione

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE AFFINCHÉ VENGA REDATTO IL PROGETTO
INDIVIDUALIZZATO PER INTERVENTO GESTIONALE in favore di**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Residente a _____
Via.le/P.zza _____ Telefono _____
Codice fiscale _____ @mail _____

**Accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto
familiare/deistituzionalizzazione**

Supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative

Tipologia di alloggio:

Gruppo appartamento con Ente gestore

Gruppo appartamento autogestito

Soluzione abitativa in Cohousing/Housing

(è possibile barrare una sola opzione tra A, B)

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 31
COMUNE CAPOFILA
SANT'AGATA MILITELLO**

Richiesta di interventi per persone con
disabilità grave e prive del sostegno
familiare "DOPO DI NOI" Legge
N.112/2016 - D.A. n.2727/S5

Avviso Pubblico del

**C) Interventi volti a sostenere i costi per accoglienze residenziali in
situazioni di pronto intervento**

a tal fine

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che

La persona destinataria dell'intervento residente nel Comune di _____ è **disabile grave** ai sensi **della Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa è:

regolarmente soggiornante in Italia,
la patologia relativa alla disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità,
ha un'età compresa tra i 18 e 64 anni

La persona disabile grave per cui si chiede l'intervento ha l'Isce socio-sanitario di € _____;

Non frequenta alcun centro diurno;

E' titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico o di essere in attesa degli _____ stessi, se _____ sì
quali _____

Presenza di altri componenti il nucleo familiare in condizioni di fragilità.

Se il richiedente è un Ente o Associazione erogatore degli interventi deve possedere i seguenti requisiti:

Di avere una comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie;

Di essere iscritto al rispettivo Registro o Albo Regionale;

L'assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali o procedimenti penali in corso;

La garanzia da parte degli enti della solvibilità autocertificando l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia (Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 - 14° aggiornamento).

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 31
COMUNE CAPOFILA
SANT'AGATA MILITELLO**

Richiesta di interventi per persone con
disabilità grave e prive del sostegno
familiare "DOPO DI NOI" Legge
N.112/2016 - D.A. n.2727/S5

Avviso Pubblico del

Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento:

ALLEGA

La/Il sottoscritta/o allega alla domanda la seguente documentazione in copia semplice:

- Documento di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario
- Provvedimento di protezione giuridica che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile
- Certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 c.3 se non già consegnata o scaduta

Data ____/____/____

Firma della/del dichiarante

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 31
COMUNE CAPOFILA
SANT'AGATA MILITELLO**

**Richiesta di interventi per persone con
disabilità grave e prive del sostegno
familiare "DOPO DI NOI" Legge
N.112/2016 - D.A. n.2727/S5**

Avviso Pubblico del

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS.196/2003.

I dati raccolti con la domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della procedura stessa e per le successive attività istituzionali inerenti l'erogazione del contributo.

I dati verranno trattati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dar corso alla valutazione della domanda di assegnazione del beneficio economico, nonché agli adempimenti conseguenti e inerenti alla procedura stessa.

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Sant'Agata Militello, il Responsabile del trattamento è il .Responsabile del Distretto Ing. G.Amanea.

Incaricati del trattamento sono le persone preposte al procedimento individuate nell'ambito dei Comuni facenti parte del Distretto SS31 o dallo stesso incaricate.. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici e privati, quando ciò è previsto da disposizioni di legge o di regolamento.

I dati personali, con esclusione di quelli idonei a rivelare lo stato di salute, potranno essere oggetto di diffusione solo nei casi e nelle forme previste dalla normativa in materia.

Le graduatorie approvate dagli organi competenti in esito alla presente procedura, verranno diffuse mediante pubblicazione nelle forme previste dalle norme in materia e attraverso il sito internet del Comune di Milano nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza. Nell'ambito del procedimento verranno trattati solo i dati sensibili e giudiziari indispensabili per lo svolgimento delle attività istituzionali.

L'interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs.196/03 ed in particolare ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, dell'origine dei dati personali, delle modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, nonché l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati.

L'interessato ha inoltre diritto:

- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;

- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Data ____ / ____ / ____

Firma della/del dichiarante

Spazio riservato all'Ufficio