|  |
| --- |
| **DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE**  (Programma operativo Regionale D.G.R. 6674 del 7.6.2017  L. N.112/2016 “Dopo di noi”) |

Al Comune di Carnate

Ambito Territoriale di Vimercate

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

□ per se stesso:

□ A favore di (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di

□ Familiare (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Tutore – provvedimento di nomina n. \_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Curatore – provvedimento di nomina n. \_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Amministratore di sostegno – provvedimento di nomina n. \_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di

Specificatamente **per la sola misura A** “eliminazione di barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici” **se diverso da singola persona**

□ Legale rappresentante del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Legale rappresentante dell’Associazione familiare / Associazione / Cooperativa Sociale/ Ente no Profit ONLUS denominato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]

Partita IVA [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]

Iscritta ai seguenti Albi o Registri \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritta alla CCIAA di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L’ACCESSO ALLE MISURE PREVISTE DALLA DGR 6674 del 7.6.2017**

(Barrare le misure che si intende richiedere e compilare il relativo modello di seguito indicato)

□ A. eliminazione di barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici (***Modello.1***)

□ B1. canone locazione (***Modello.2***)

□ B2. spese condominiali (***Modello.2***)

□ C1. voucher per accompagnamento all’autonomia (***Modello.3***)

□ C2. Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia (***Modello.3***)

□ D. voucher per gruppo appartamento con Ente gestore (***Modello.4***)

□ E. contributo per gruppo appartamento autogestito (***Modello.4***)

□ F. buono mensile per cohousing / housing (***Modello.4***)

□ G. Contributo pronto intervento (***Modello.5***)

*N.B. Le misure A. B1. B2. e E. o F. sono tra loro cumulabili.*

*Le misure C1. e C2. sono tra loro cumulabili.*

*Le misure C1. e C2. e G. sono tra loro cumulabili.*

*Le misure A. e D. sono tra loro cumulabili.*

**A TAL FINE**

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’art 71 del DPR 445/00;

- consapevole che i diversi Enti che partecipano all’erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;

- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell’art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell’art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

**DICHIARA**

**sotto la propria responsabilità**

- che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;

- di essere a conoscenza e di accettare che l’indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda sarà utilizzato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all’erogazione dei servizi;

- che la persona per cui viene richiesta la misura:

□ ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***che si allega***;

□ Presenta ISEE per l’anno 2017 pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***che si allega***;

*N.B. Ai soli fini dell’attribuzione del punteggio sulla situazione economica patrimoniale deve essere allegata anche la DSU familiare per ISEE ordinario del richiedente.*

Presenta la seguente situazione familiare:

* entrambi i genitori e almeno un fratello/sorella;
* coniuge / convivente e figli;
* entrambi i genitori;
* coniuge / convivente;
* un solo genitore e almeno un fratello/sorella;
* un solo genitore;
* almeno un fratello;
* solo;

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (a titolo esemplificativo: malattie invalidanti, carichi familiari, presenza di più soggetti disabili nel nucleo familiare…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Frequenta la seguente struttura diurna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gestita da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Frequenta la seguente struttura residenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gestita da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Si allega/allegano il/i Modello/i specifico/i relativo/i alle misure di cui si chiede l’attivazione.***

***Carta di Identità del richiedente, in corso di validità.***

Data e luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B.

Le domande dovranno essere presentate **entro e non oltre il giorno** **31/10/2017 presso i Servizi sociali del Comune di residenza**.

Sarà possibile integrare e completare la documentazione a corredo della domanda anche successivamente alla presentazione e comunque entro e non oltre il 15 novembre 2017.

Le domande presentate oltre il termine suddetto o con modalità difformi da quanto previsto nel presente documento, non saranno prese in considerazione.

**Estratto di informativa relativa alla Privacy**

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all’Ufficio di Piano, all’ATS Brianza, all’ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia.

L’informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all’erogazione dei servizi.

Data e luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_