

All. A all'Avviso pubblico

DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave e prive di sostegno familiare
(Misura Residenzialità autogestita - DGR n. 6674/20017)

AL COMUNE DI

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail

[illegible]

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

☐ DIRETTO INTERESSATO☐ FAMILIARE Grado di parentela _____

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

☐ TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

del sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail

[illegible]

CHIEDE

di poter accedere alla valutazione multidimensionale integrata per la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza comprensivo delle misure previste ai sensi della DGR n. 6674/2017 in favore delle persone con disabilità grave e prive di sostegno familiare:

- ☐ Misura residenzialità autogestita in gruppo di appartamento autogestito;
- ☐ Misura residenzialità autogestita in cohousing/housing.

DICHIARA

- di comunicare tempestivamente eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di accesso alle prestazioni previste dalla DGR 6674/2017;
- di consentire che il Case Manager (referente del progetto) nel corso dell'istruttoria verifichi la realizzazione del Piano Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitori in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto.
- Nel caso di erogazione del Buono, il beneficiario desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche tramite accredito sul conto corrente (allegare documento bancario/postale attestante IBAN).

A TAL FINE ALLEGA

- ☐ Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento
- ☐ Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento.
- ☐ Copia del riconoscimento Gravità Handicap ai sensi L. 104 / 92 art. 3 c.3
- ☐ ISEE sociosanitario come da normativa vigente e in corso di validità (da utilizzare ai fini della formulazione della graduatoria)
- ☐ per la misura richiesta (gruppo appartamento autogestito o Housing/Cohousing): Preventivo attestante gli interventi socio educativi e/o assistenziali o contratto di assunzione dell'assistente personale. Per le persone che già sono inserite in tali soluzioni abitative: documentazione relativa agli ultimi interventi svolti o ultima busta paga assistente personale;
- ☐ Altro (specificare): _____

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

☐ FAMILIARE ☐ TUTORE ☐ CURATORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR n. 4249/15, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____