



CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA
Ambiti di Bellano Lecco Merate

Ufficio dei Piani

**Istanza di valutazione per l'accesso alle misure
del Programma operativo Regionale "Dopo di noi"**

Ambito Territoriale di _____
e pc Al Comune di _____

Il sottoscritto (cognome e nome) _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____ n. _____
e-mail _____ tel. _____
Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Domicilio (se diverso da residenza) _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di

- FAMILIARE - Grado di parentela _____
- TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____
- CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

Del sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____
Residente a _____ CAP _____ Prov. _____
Via _____ Tel. _____
E-mail _____
Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

CHIEDE

l'accesso alle misure previste dalle DGR sul "Dopo di Noi", come di seguito riportato:
(Barrare le misure che si intende richiedere)

Allegato all'Avviso Pubblico Linee Operative Territoriali 14.09.2023

➤ **Interventi infrastrutturali:**

- Contributo per l'adeguamento e fruibilità dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi, messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)
- Contributo ai costi della locazione/utenze
- Contributo per spese condominiali

➤ **Interventi gestionali:**

- Voucher "per percorsi di accompagnamento all'autonomia" per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione
- Voucher "durante noi": consulenza/sostegno alla famiglia (esclusivamente ad integrazione del voucher di cui al punto precedente)
- Voucher per il "supporto alla residenzialità con ente gestore"
- Contributo per la residenzialità autogestita
- Buono mensile cohousing/housing
- Contributo per ricoveri temporanei in pronto intervento/sollievo in situazioni di emergenza (max. 60gg)

DICHIARA

La presenza dei requisiti di seguito elencati

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto mancanti entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno.

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 101/2018

Si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso del Comune di Lecco – Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale di Lecco e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Operative territoriali e nel rispetto dell'Art. 13 del Decreto 196/2003. Per adesione

Data e luogo _____

Firma _____