

**DOMANDA DI ACCESSO
INTERVENTI INFRASTRUTTURALI
Programma operativo "Dopo di Noi" L. 112/2016**

Il/la sottoscritto/a

Nome e cognome			
Codice fiscale			
Genere	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>
			Femmina
Data di nascita			Età
Comune di nascita			Prov.
Residente a	C.A.P.		Prov.
via e nr. civico			
Indirizzo mail			
Telefono	Cell.		

In qualità di

<input type="checkbox"/>	Persona con disabilità
<input type="checkbox"/>	Familiare: (specificare)
<input type="checkbox"/>	Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Curatore
<input type="checkbox"/>	Legale rappresentante dell'Ente Pubblico/Privato di cui sotto: Nominativo Ente
	Sede legale: Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____
	via e nr. civico
	C.F. e P.IVA
	Telefono _____ Cell. _____
	E-mail

In nome e per conto di (compilare solo se la domanda non è presentata dal possibile diretto beneficiario)

Nome e cognome			
Codice fiscale			
Genere	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>
			Femmina
Data di nascita			
Comune di nascita			Prov.
Residente a	C.A.P.		Prov.
via e nr. Civico			
@mail			
Telefono	Cell.		

CHIEDE

l'accesso ai seguenti interventi a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare previsti nel Programma Dopo di Noi dell'Ambito Distrettuale Alto Sebino

- Contributo per sostegno del canone di locazione/spese condominiali:
(Sostegno NON superiore all'80% dei costi complessivi).
- Contributo per interventi di adeguamento fruibilità dell'ambiente domestico per:
 - Riadattamento dell'alloggio (es. abbattimento barriere architettoniche);
 - Installazione telesorveglianza, teleassistenza o soluzioni domotiche;
 - Messa a norma degli impianti.

attraverso investimenti dei familiari anche attraverso donazioni a Fondazioni o enti del terzo settore espressamente finalizzate e vincolate all'avvio di percorsi di vita in co-abitazione,
(Contributo massimo NON superiore al 70% del costo totale previsto per l'intervento)

A TAL FINE DICHIARA CHE

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 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:

Il nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Codice fiscale	Data di nascita	Luogo di nascita

Il richiedente **DICHIARA** inoltre che il destinatario degli interventi sopra richiesti:

- è residente in uno dei dieci comuni dell'Ambito Alto Sebino;
- se cittadino extracomunitario, è in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno di lunga durata CE;
- è stato riconosciuto con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità; ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge;
- ha anni compiuti ;
- risulta privo del sostegno familiare per le ragioni previste nella normativa nazionale e regionale di riferimento e secondo quanto recepito nelle Linee Operative Locali e nel Bando per l'accesso agli interventi a favore di persone con disabilità grave prive di sostegno familiare dell'Ambito Alto Sebino;
- Presenta una o più delle seguenti condizioni di priorità di accesso ai sostegni previsti nel Bando (*precisare*) :
 1. limitazioni dell'autonomia personale e necessità di sostegno;
 2. la famiglia è in grado/ non è in grado (*precisare*) di fornire sostegni in termini di assistenza/accudimento, di sollecitazione della vita di relazione e nel garantire una buona relazione interpersonale;
 3. vive in condizioni abitative ed ambientali adeguate/ inadeguate (*precisare*) (ad es. adeguati/inadeguati spazi per i componenti della famiglia, condizioni igieniche adeguate, condizioni strutturali, servizi igienici, barriere architettoniche –interne ed esterne all'alloggio, abitazione isolata, ecc);
 4. condizioni economiche della persona con disabilità e della sua famiglia: fragilità economica SI NO
- Presenta una o più delle seguenti ulteriori condizioni di priorità di accesso ai sostegni previsti nel Bando (*precisare*):

5. persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, con priorità ai disabili privi di risorse economiche reddituali e patrimoniali che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità: SI NO
6. persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa: SI NO
7. persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle previste dal DM (ovvero Gruppi appartamento e soluzioni di cohousing riproductenti le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e con capacità ricettiva fino a 5 p.l.): SI NO
8. persone con disabilità grave in possesso di risorse economiche e/o con genitori ancora in grado di garantire il sostegno genitoriale, per le quali è comunque emersa la necessità di esigenze abitative extra-familiari e l'idoneità per gli interventi di cui alla Legge n. 112/2016: SI NO
9. l'utente ha già in essere progettualità su fondi relativi alle precedenti annualità del Bando DOPO DI NOI pertanto ha diritto ad una garanzia di priorità relativa alla necessità di proseguire eventuali progetti innovativi di coabitazione individuali già consolidatisi come progetti di vita SI NO . In caso affermativo* indicare in quale di questi rientra:
 - progetti realizzati attraverso l'utilizzo di: risorse economiche e/o unità abitative messe a disposizione dai beneficiari degli interventi, dai loro genitori, da realtà associative locali ovvero dagli Enti Locali, in un'ottica di solidarietà familiare;
 - progetto che ha prodotto il distacco o l'emancipazione delle persone con disabilità dai contesti familiari e/o dai servizi residenziali avviando gruppi appartamento o forme di coabitazione conformi al dettato normativo di riferimento;
 - progetto finanziato impegnando e destinando le risorse Dopo di Noi 2016/2017 integrate anche da risorse private e o dei Comuni ricomprese nel budget di progetto individuale.

**In tal caso la presente istanza produce effetto di richiesta di continuità del progetto individuale da parte dell'interessato, che verrà poi integrata da relazione di monitoraggio da parte dei servizi competenti, utile per attestare la sussistenza di conformità del progetto alle finalità della Legge 112/2016 e la contestuale condizione di benessere da parte dei co-residenti. (così come previsto dalla normativa e dal bando vigenti)*

- presenta un quadro di natura clinica o disturbi del comportamento ad elevata intensità di sostegno, pertanto è consapevole che, per valutare l'ammissibilità ai sostegni, per effettuare l'eventuale successiva valutazione multidimensionale e per l'elaborazione del progetto individuale, sarà necessario effettuare puntuali e specifiche verifiche e prevedere il coinvolgimento diretto degli operatori e/o dei referenti dei servizi già impegnati a sostegno dell'interessato e l'intesa con l'Ente erogatore che prenderà in carico la persona coinvolta (come previsto dalla normativa e dal Bando vigente).
- è in possesso di certificazione ISEE SOCIO SANITARIO E ORDINARIO in corso di validità e in particolare: ISEE SOCIO SANITARIO € _____, ISEE ORDINARIO € _____
- non è beneficiario o non ha richiesto Misure/Interventi incompatibili con i sostegni richiesti (come previsto nel Bando in essere);
- si rende disponibile a presentare direttamente o tramite un suo familiare/ figura di riferimento/ rappresentante legale all'assistente sociale competente e/o all'equipe pluriprofessionale che valuterà la richiesta presentata, tutta la documentazione richiesta per poter effettuare la valutazione multidimensionale prevista, collaborare con il servizio sociale nella costruzione del progetto personalizzato e rispettare gli impegni previsti dal progetto medesimo;
- è consapevole che la non osservanza degli impegni assunti con il servizio sociale di riferimento comporterà l'immediata sospensione del sostegno riconosciuto;
- è stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti di accesso e liquidate, a seguito di avvio del progetto personalizzato, sino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- intende mettere a disposizione per se stesso, oppure la sua famiglia/ la rete associativa di cui il possibile destinatario degli interventi o la sua famiglia fa parte, intende mettere a disposizione patrimoni a favore dell'interessato e per le finalità previste dalla normativa nazionale, dalla programmazione regionale e locale nel Programma del Dopo di Noi;
- è a conoscenza che l'Ente potrà avvalersi della facoltà di sottoporre a controllo le pratiche ammesse al contributo economico, avvalendosi anche dell'ausilio della Guardia di Finanza. Qualora siano state rilevate irregolarità non sanabili nelle dichiarazioni rese, gli uffici competenti provvederanno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 a dichiarare la decadenza del soggetto dal contributo indebitamente ottenuto, provvedendo al recupero della somma erogata e all'adozione dell'ordinanza di ingiunzione per la violazione dell'articolo 316 ter c.p., nonché il diritto all'introito di tali sanzioni;

DICHIARA INOLTRE

In merito all'alloggio per cui è richiesto l'intervento che:

La tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento è la seguente:

- Gruppo appartamento/soluzione abitativa in cohousing/housing
 - di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei familiari (trust familiare)
 - di proprietà dell'Ente pubblico
 - di edilizia popolare
 - di proprietà di Ente privato no profit ONLUS

- Abitazione di proprietà della persona disabile grave messa a disposizione per esperienze di coabitazione di cui al presente Bando.

I dati del proprietario dell'alloggio per cui si chiede l'intervento sono i seguenti:

Cognome e Nome/Ragione Sociale _____

Residenza/sede legale in Via/Piazza _____ n. _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____

C.F./P.IVA _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

L'ubicazione dell'alloggio per cui si chiede l'intervento è la seguente:

Comune _____

Via _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per le diverse tipologie di intervento che:

1. *Contributo per interventi di **ristrutturazione** dell'unità abitativa per l'eliminazione delle barriere architettoniche, per migliorare la fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche, per mettere a norma gli impianti:*

- Per lo stesso intervento non sono stati richiesti altri contributi a carico di risorse nazionali/regionali (es: L.R. 23/1999 art 4 - Comma 4 e 5- "agevolazioni per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati, eliminazione barriere architettoniche);
- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente nell'abitazione oggetto dell'intervento;
- La disponibilità del proprietario a non alienare e a vincolare la destinazione d'uso dell'immobile per le finalità del progetto per almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo, salva apposita autorizzazione della Regione Lombardia ai sensi dell'art. 25 della L.R. n.3/2008. In caso di riconoscimento del beneficio, tale disponibilità dovrà essere formalizzata con apposito atto prima della liquidazione del contributo.

La spesa presunta dell'intervento di ristrutturazione è Euro _____

L'intervento di ristrutturazione prenderà avvio dal _____

L'intervento di ristrutturazione si concluderà entro il _____

2. *Contributo a sostegno del canone di locazione:*

- La persona beneficiaria risiede in gruppo appartamento autogestito o in soluzione abitativa di cohousing/housing. Il costo mensile del canone di locazione è Euro _____

3. *Contributo a sostegno delle spese condominiali*

- La persona beneficiaria risiede in gruppo appartamento autogestito o in soluzione abitativa di cohousing/housing. Il costo annuo delle spese condominiali è Euro _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per gli enti o associazioni erogatori degli interventi che: (Compilare solo se il richiedente è ente o associazione)

- Possiede comprovata esperienza nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie con particolare riferimento alle misure di sostegno ed alle esperienze organizzative realizzate ai sensi della DGR 6674/2017e della DGR3404/2020;
- È iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali o altro registro /albo:

Registro di iscrizione _____

Numero iscrizione _____

Data di iscrizione _____

- Sono assenti in capo al Legale rappresentante condanne penali o procedimenti penali in corso.
- Non vi sono 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)

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere a conoscenza che l'accesso ai benefici richiesti comporta la valutazione da parte di un'équipe multidisciplinare e la redazione di un progetto individuale;
- di essere a conoscenza che il comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli a campione sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate. Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, si procederà alla sospensione/revoca del beneficio e verrà attivato l'eventuale recupero dei benefici concessi;
- di aver ricevuto copia e di aver preso visione dell'Informativa sulla Privacy Regolamento 679/2016/UE
- di autorizzare il comune di residenza e l'Ambito Alto Sebino al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

Modalità di liquidazione dell'eventuale contributo/ Buono riconosciuto

Il richiedente dichiara di:

- autorizzare l'accredito del beneficio sul contro corrente bancario o postale intestato a:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

tel. _____ C.F. _____

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) _____

filiale/sede di _____

IBAN _____

- chiedere quietanza di pagamento intestata a:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

tel. _____ C.F. _____

Data e luogo,

Il Dichiarante

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA DOMANDA

Per tutti i richiedenti	<ul style="list-style-type: none">• Fotocopia della carta di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario• Se il destinatario è cittadino extracomunitario allegare copia della carta di soggiorno o permesso di soggiorno di lunga durata CE• Certificazione di grave disabilità del beneficiario ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92• Per le richieste presentate da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia dell'atto legale di nomina• DSU e certificazione ISEE ordinario e sociosanitario in corso di validità• Ogni altra documentazione ritenuta utile per poter svolgere la valutazione sociale prevista e per predisporre il progetto con il servizio sociale
Per i soli richiedenti il Contributo per interventi di ristrutturazione	<ul style="list-style-type: none">• Preventivo di spesa per intervento relativo all'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici• Copia del contratto di locazione/ comodato/ atto di proprietà• Breve relazione inerente le migliorie da apportare all'alloggio
Per i soli richiedenti il Contributo a sostegno del canone di locazione	<ul style="list-style-type: none">• Documentazione attestante le spese relative al canone di locazione (es. contratto di locazione)
Per i soli richiedenti il Contributo a sostegno delle spese condominiali	<ul style="list-style-type: none">• Documentazione attestante le spese condominiali

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.cmlaghi.bg.it.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA S.r.l.	14243311009	Via della Conciliazione 10	00193	Roma	GHIRARDINI DANIELA