

Al Comune di Azzate

**DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DI INTERVENTI**  
**PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE DGR 2912/2024 "DOPO DI NOI"**

**RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome).....  
nato/a ..... prov. .... il .....  
residente in (comune) ..... via ..... n.....  
telefono..... codice fiscale.....  
in qualità di  beneficiario  tutore  curatore  amministratore di sostegno  familiare  
 rappresentante legale del seguente Ente Gestore: .....

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato** (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome ..... nome .....

nato/a a ..... prov. .... il .....

residente a Varese in via / piazza ..... n. ....

telefono ..... codice fiscale.....

**CHIEDE**

in attuazione della DGR 2912/2024, dell'avviso pubblico del 28 ottobre 2024 l'assegnazione di:

INTERVENTI GESTIONALI	
<input type="checkbox"/> Sostegno a percorsi di accompagnamento verso l'autonomia	a) Voucher DURANTE NOI b) Voucher ACCOMPAGNAMENTO ALL' AUTONOMIA
<input type="checkbox"/> Interventi di supporto alla domiciliarità	a) Voucher per Enti gestori b) Contributo alla persona disabile che vivono in residenzialità c) Buoni alla persona disabile che vivono in Cohousing/housing
<input type="checkbox"/> Sostegno al ricovero in situazioni di emergenza.	contributo giornaliero per costo retta max 60gg

INTERVENTI INFRASTRUTTURALI comprendenti:	
<input type="checkbox"/> Eliminazione barriere, messa in opera impianti, adattamenti domotici	Sia per abitazioni date da famiglie che di proprietà pubblica o Ente no profit
<input type="checkbox"/> Sostegno al canone locazione e/o spese condominiali	Per gruppi appartamento autogestito e /o Vita Indipendente, compreso Cohousing e Housing (da 2 a 5 posti – max 10) -> Devono essere autorizzati al funzionamento ex art. 13 c1,b, LR3/2008

### A TALE SCOPO

dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

*(da non compilare in caso di interventi di ristrutturazione da parte di Ente Gestore)*

### DICHIARA CHE

**il sig/la sig.ra.....(beneficiario)**

- è stato riconosciuto/a in condizioni di disabilità gravità ai sensi dell'art. 3 comma legge n. 104/1992
- di essere privo del sostegno familiare
- nell'anno 2019/2020 ha goduto del beneficio misura B2 DGR 5940
- frequenta servizi sanitari diurni
- frequenta strutture sociali/sociosanitarie (SFA CSE, CDD; CDI)
- è inserito in gruppo appartamento, cohousing, housing

il nucleo familiare anagrafico è così composto (nome e grado di parentela)

.....  
.....

In caso di accoglimento della domanda sarà comunicata la modalità di erogazione del contributo in base a quanto indicato nel progetto individualizzato.

In fede

.....  
(firma)

**Informativa ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018.**

I dati personali relativi al presente bando saranno trattati nel rispetto del Regolamento Europeo n. 679/2016, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018. Il trattamento dei suddetti dati risulta indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale e sarà effettuato dal personale a ciò delegato dai Comuni dell'Ambito Territoriale di Azzate, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante .....  
acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

data .....

In fede

.....

(firma)

Si allegano:

- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e/o beneficiario e delegato alla riscossione;
  - attestazione ISEE ordinario e socio-sanitario;
  - copia certificato d'invalidità del beneficiario;
  - copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di ads,tutela/curatela);
  - Dichiarazione di rispetto dei requisiti stabiliti dalla normativa per le ristrutturazioni
  - Dichiarazione di possesso dei requisiti stabiliti dalla normativa per le gli Enti Gestori/Attuatori
- Al Comune di AZZATE