

ISTANZA PER DGR 6674/2017 – DOPO DI NOI- INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DI SOSTEGNO FAMILIARE – AMBITO DI CINISELLO BALSAMO

RIAPERTURA AVVISO PUBBLICO MARZO 2018

**Spett. Azienda insieme per il sociale
Distretto di Cinisello Balsamo**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. (____) il ____/____/____

residente a _____ Prov. (____) cap _____

via _____ n° _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Cell. _____ Indirizzo e-mail _____

in qualità di diretto interessato

OPPURE

*(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato
barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona)*

Nel caso la persona affetta da grave disabilità

in qualità di tutore

(indicare estremi del provvedimento di

nomina: _____)

in qualità di curatore

(indicare estremi del provvedimento di

nomina: _____)

in qualità di amministratore di sostegno

(indicare estremi del provvedimento di

nomina: _____)

in qualità di procuratore

(SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)

Azienda Speciale Consortile "Insieme per il Sociale"

Sede legale e Sede operativa: via Azalee, 14 - 20095 - Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.32 - Fax: 02.61.35.97.21- e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

C.F./ P.IVA: 08030790961- REA: MI-1998531

Nel caso in cui la persona sia impedita a presentare la domanda:

in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado se convivente (indicare relazione di parentela: _____)

(N.B.: in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il **modello 1** di fronte ad un pubblico ufficiale)

del/la Sig./Sig.ra in qualità di persona con disabilità grave:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. (____) il ____/____/____
residente a _____ Prov. (____) cap _____
via _____ n° _____
Codice fiscale _____ Telefono _____
Cell. _____ Indirizzo e-mail _____

DICHIARA

1. che la persona affetta da disabilità grave e non autosufficiente è residente nell'Ambito di Cinisello Balsamo (Cusano Milanino, Bresso, Cormano e Cinisello Balsamo);
2. che la persona ha età compresa tra i 18 e i 64 anni
3. di essere in possesso della certificazione legge 104/92 (art.3 comma 3)
4. di essere privo di sostegno familiare in quanto:
 - o Mancante di entrambi i genitori
 - o I genitori non sono più in grado di garantire adeguato sostegno genitoriale
 - o Il sostegno familiare non può essere garantito nel prossimo periodo(nel punto 4 crocettare la risposta scelta)

5. di essere:

5.A) di essere in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti a supporto della valutazione dell'Istanza: patrimoni resi disponibili dai familiari, o da reti associative di

familiari e utilizzabili nel progetto di vita autonoma e con l'intenzionalità di dividerlo con altre persone disabili gravi

- Casa di proprietà fruibile e/o abitata
- Casa in affitto fruibile e/o abitata
- Immobile/terreno in disponibilità di vendita
- Sostenibilità economica comprovata utilizzabile per pagare un'abitazione in affitto

Inoltre

l'immobile utilizzato per gli interventi infrastrutturali è ubicato in un paese dell'Ambito di Cinisello Balsamo (Bresso, Cinisello Balsamo, Cusano Milanino e Cormano); indirizzo dell'immobile _____

5.B) di non essere in possesso dei precedenti requisiti immobiliari

(nel punto 5. crocettare la risposta scelta)

6. di essere a conoscenza di quanto previsto dalla DGR 6674/2017 rispetto ai criteri previsti
7. di impegnarsi a sottoscrivere progetto individualizzato
8. di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale, realizzata in forma integrata da parte di un'équipe composta da professionalità quali medico, psicologo e infermiere, appartenenti all'ASST, e assistente sociale, appartenente all'Ambito e di accettarne gli esiti
9. a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno all'Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall'evento stesso.
10. di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;
11. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del



Azienda Speciale dei Comuni di
BRESCO – CINISELLO B. – CORMANO – CUSANO M.

Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

CHIEDE

Di accedere alla valutazione della presente istanza presentando le seguenti argomentazioni:

Sezione 1. Descrizione dei bisogni e delle aspettative

(Argomentare e descrivere il bisogno e l'aspettativa di emancipazione dalla famiglia o dalla struttura residenziale per avviare un nuovo progetto di vita autonomo)

Contesto familiare

Composizione nucleo familiare indicando data di nascita, luogo di nascita e professione.

Indicare anche i familiari significativi non conviventi (data di nascita, luogo di nascita e professione)

Descrivere le limitazioni dell'autonomia a seguito della mancanza dei genitori (se indicato nel punto 4 "mancante di entrambi i genitori")

Azienda Speciale Consortile "Insieme per il Sociale"

Sede legale e Sede operativa: via Azalee, 14 - 20095 - Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.32 - Fax: 02.61.35.97.21- e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

C.F./ P.IVA: 08030790961- REA: MI-1998531



Presenza di documenti invalidanti o documenti sanitari attestanti condizioni di fragilità sanitarie e sociosanitarie di uno o di entrambi i genitori o persone significative (da allegare)

Descrivere i sostegni che la rete familiare è in grado di fornire

Descrivere la sua condizione abitativa ed ambientale.

Contesto personale

Descrivere il perché si presenta questa istanza; il bisogno cui si vuole dare risposta



Descrivere le potenzialità e le capacità che si mettono in campo a livello personale e familiare

Descrivere ciò che manca o ciò da migliorare e/o potenziare per poter vivere una vita autonoma

Sezione 2. Descrizione della rete formale e informale

(Elementi di rete che sostanziano il sostegno ad un progetto di vita globale che non si riduca ad una semplice collocazione abitativa diversa da quella dei genitori o del servizio residenziale e che dia prova di concreta possibilità di sostenere la persona anche in presenza di eventuali ripensamenti o di un quadro di cambiamento dei suoi bisogni e delle sue aspettative e/o possibilità di vita)

Descrivere la natura dei sostegni domiciliari, se presenti, e la loro frequenza (SAD, ADI)



Azienda Speciale dei Comuni di
BRESSO – CINISELLO B. – CORMANO – CUSANO M.

La persona è inserita in un servizio semiresidenziale diurno sociosanitari o sociale, se sì quale (CDI, CSE ..)

La persona è seguita dai servizi sociali territoriali e/o dai servizi specialistici, se sì quali

Descrivere la rete informale/amicale, il contesto associativo se presente



Descrivere le potenzialità di sviluppo della rete esistente

Sezione 3. Descrizione progetto

(definizione del progetto che sottende la presentazione dell'Istanza)

Descrivere gli obiettivi che si vogliono raggiungere

Descrivere i tempi di raggiungimento degli obiettivi



Descrivere le azioni che si metteranno in pratica per raggiungere tali obiettivi

Descrivere altre risorse a disposizione

Descrivere come si intende sostenere economicamente gli obiettivi precedentemente descritti; specificando:

- *l'utilizzo delle risorse della DGR 6674/2017 dopo di noi*



ALLEGA

- certificazione legge 104/92 (art.3 comma 3)
- certificazione Classe Sidi, se in possesso
- ADL e IADL
- certificazione ISEE Socio Sanitario in corso di validità
- un documento d'identità in corso di validità e codice fiscale
- In caso di cittadino non comunitario copia permesso di soggiorno in corso di validità

Luogo e data

Firma

(firma del dichiarante)

(firma del legale rappresentante)