



2. Modello DOMANDA

Programma operativo Regionale "Dopo di noi"

D.G.R. n. 2912 del 5 agosto 2024

**Domanda di valutazione per l'accesso alle misure**

Sarà generata direttamente dal portale dell'Ambito Territoriale di Monza.

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ambito Territoriale di MONZA

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

in qualità di

DIRETTO INTERESSATO

ovvero di

FAMIGLIARE - 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. (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso M/F \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_ \_\_\_\_\_

Codice fiscale [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

## CHIEDE

l'accesso alle misure previste dalla D.G.R. n. 2912/2024, come di seguito riportato:  
 (Barrare le misure che si intende richiedere)

### Misure infrastrutturali

Denominazione	Misura	Descrizione	Barrare le misure che si intende richiedere
INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DELL'ABITAZIONE	A	contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi e messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)	
SOSTEGNO DEL CANONE DI LOCAZIONE/SPESE CONDOMINIALI	B1	canone locazione	
	B2	spese condominiali	

### Misure gestionali

Denominazione	Misura	Descrizione	Barrare le misure che si intende richiedere
ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA	C1	voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia	
	C2	voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia	
SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITÀ	D	voucher per gruppo appartamento con Ente gestore	
	E	contributo per gruppo appartamento autogestito	
	F	buono mensile per cohousing/housing	
RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO	G	contributo pronto intervento	

*N.B. Le misure A. B1. B2. e E. o F. sono tra loro cumulabili.*

*Le misure C1. e C2. sono tra loro cumulabili.*

*Le misure C1. e C2. e G. sono tra loro cumulabili.*

*Le misure A. e D. sono tra loro cumulabili.*

**A tal fine:**

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;
- consapevole che i diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

**sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

**La presenza dei requisiti di seguito elencati per la persona richiedente che beneficerebbe dei sostegni DOPO DI NOI:**

- 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 il richiedente è mancante di 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;

**DICHIARA inoltre**

- che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;
- di essere a conoscenza e di accettare che l'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda sarà utilizzato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi;
- che la persona per cui si presenta domanda si trova nella seguente situazione familiare:

**CONVIVENTE CON:**

02 - Ambedue i genitori
03 - Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
04 - Padre
05 - Padre + fratello/i + sorella/e
06 - Madre
07 - Madre+ fratello/i + sorella/e
08 - Fratello/i + sorella/i
09 - Solo (senza familiari)
10 - Altro
11 - padre + fratello/i + sorella/e

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (es malattie invalidanti, carichi familiari, ...)

Frequenta la seguente struttura diurna \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_

Gestita da \_\_\_\_\_



COORDINAMENTO  
AMBITI TERRITORIALI  
MONZA E BRIANZA



Frequenta la seguente struttura residenziale \_\_\_\_\_  
Sita a \_\_\_\_\_  
Gestita da \_\_\_\_\_

#### ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE

- Verbale d'invalidità da cui si evince la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n.104/1992
- Carta d'identità del beneficiario e del richiedente
- Modulo allegato relativo alla tipologia di sostegno richiesto A, B1, B2, C1, C2, D, E, F, G
- ISEE socio-sanitario in corso di validità

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### ***Estratto di informativa relativa alla Privacy***

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Monza saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste nel 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 Comune di Monza. Alla data odierna ogni informazione inerente il Titolare, congiuntamente all'elenco aggiornato dei Responsabili e degli Amministratori di sistema designati, è reperibile presso la sede municipale del Comune di Monza in Piazza Trento e Trieste - 20900 Monza (MB).

L'informativa privacy è visibile al seguente link:

<https://www.comune.monza.it/export/sites/default/it/DOCUMENTI/comunemonza/privacy/Informativa-Comuni-servizi-sociali.pdf>

Il Comune di Monza ha nominato, con provvedimento del Sindaco, un proprio DPO raggiungibile a questo indirizzo email: [privacy@adeguamentiprivacy.it](mailto:privacy@adeguamentiprivacy.it)

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_