



Caronno Pertusella Cislago Gerenzano Origgio Saronno Uboldo

**Al Comune di Saronno
Servizi Sociali
Piazza della Repubblica 7
21047 Saronno – VA-**

Oggetto: DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI FINALIZZATI ALLA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE “DOPO DI NOI” – LEGGE N. 112/2016

La/Il sottoscritta/o:

Cognome															
Nome															
Codice fiscale															

in qualità di *(barrare con una X)*

RICHIEDENTE	
GENITORE/ADS/ALTRO <i>(specificare)</i>	
ALTRO FAMILIARE	

CHIEDE

L’assegnazione del seguente contributo previsto dall’Avviso Pubblico approvato con determinazione n. ____ del ____ per l’attuazione della Legge n. 112/2016 “Dopo di Noi *(barrare solo una delle seguenti tipologie)*

SOSTEGNI PER INTERVENTI GESTIONALI

- a) Accompagnamento all’autonomia per l’emancipazione dal contesto familiare/deistituzionalizzazione**
- b) Supporto alla residenzialità *(barrare dolo una delle seguenti 3 possibilità):***
 - Voucher residenzialità**
 - Contributo residenzialità autogestita**
 - Buono mensile cohousing/housing**
- c) interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare**
- d) proseguimento progetto attivato con la precedente biennialità.**

SOSTEGNI PER INTERVENTI INFRASTRUTTURALI

- d) per contribuire ai costi della locazione e spese condominiali**

e) spese per adeguamenti per la fruibilità dell'ambiente domestico

a favore del/la sig./ra (se diverso da colui che presenta la richiesta)

Cognome														
Nome														
Codice fiscale														

A tal fine, avendo preso visione di tutti i requisiti necessari per accedere alla misura in oggetto

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazione falsa e mendace negli atti, quanto segue (riportare i dati della persona per cui si richiede il contributo):

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo di nascita		Provincia	
Data di nascita			
Comune di residenza		Provincia	
Via/Piazza		n. civico	
Percentuale di invalidità		Tipologia	
Recapito telefonico		E-mail	

1. che la persona per la quale si richiede il contributo è **disabile grave** ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3 e che la stessa è in possesso dei requisiti previsti dall'avviso pubblico di cui alla determinazione dirigenziale n. _____ del _____;
2. che il nucleo familiare della persona destinataria del contributo ha un'attestazione **ISEE SOCIO SANITARIO** in corso di validità pari a € _____;
3. che il suo nucleo familiare **non** è beneficiario o non ha presentato domanda per altri titoli sociali erogati dalla Direzione Politiche Sociali per la stessa tipologia di intervento;
4. in caso contrario che il nucleo familiare della persona per la quale si richiede il contributo è beneficiaria dei seguenti titoli sociali/contributi:

5. nel caso di accoglimento della domanda, di impegnarsi a rispettare quanto previsto dall'avviso pubblico consapevole del fatto che il mancato rispetto di quanto previsto potrà dare luogo alla sospensione dell'erogazione del titolo sociale. È fatto, altresì, obbligo di dare tempestiva notizia delle eventuali variazioni che comportino la decadenza del beneficio concesso, con l'avvertenza che, la mancata comunicazione comporterà la perdita immediata del predetto beneficio e la restituzione delle somme indebitamente riscosse;

6. la persona per cui si richiede il contributo frequenta il seguente servizio diurno (CDD/CSE/SFA):

7. che per il progetto collegato all'erogazione del contributo che si intende realizzare è già stato il seguente ente:

Denominazione														
Sede Legale														
Comune														
P.iva														

Dichiara altresì

- di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni successive all'Ufficio di Piano del Comune di Saronno ed esonera fin da ora lo stesso da eventuali conseguenze derivanti da comunicazioni pervenute in tempi non utili per registrare le variazioni di che trattasi;
- che eventuali comunicazioni dovranno essere effettuate al seguente indirizzo (*se diverso dalla residenza*)

-
- che, in caso di accoglimento della domanda, l'importo dovrà essere versato sulle coordinate bancarie indicate nel documento allegato. **La fotocopia allegata deve riportare, oltre alle coordinate bancarie, il nominativo dell'intestatario.**

La/il sottoscritta/o allega alla domanda la seguente documentazione in copia semplice:

- attestazione ISEE sociosanitario** in corso di validità del nucleo familiare della persona per la quale si richiede il contributo;
- certificazione disabilità grave** ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3;
- Fotocopia del documento che riporta le coordinate bancarie, per il pagamento tramite bonifico bancario, intestato al richiedente (codice IBAN)**
- Documento d'identità in corso di validità del dichiarante**
- Delega della riscossione nel caso prestazioni fornite da ente terzo individuato nel progetto.**

Data

Firma dichiarante

INFORMATIVA AI SENSI DEL GDPR 2016/679

I dati raccolti con la domanda di assegnazione del presente contributo saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della procedura stessa e per le successive attività inerenti l'erogazione del contributo.

I dati verranno trattati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dar corso alla valutazione della domanda di assegnazione del beneficio economico, nonché agli adempimenti conseguenti e inerenti alla procedura stessa.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Saronno, il Responsabile del trattamento è il dott. MAURO GELMINI

I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, pubblici e privati, quando ciò è previsto da disposizioni di legge o di regolamento. I dati personali, con esclusione di quelli idonei a rivelare lo stato di salute, potranno essere oggetto di diffusione. Le graduatorie approvate dagli organi competenti in esito alla presente procedura, verranno diffuse mediante pubblicazione nelle forme previste dalle norme in materia e attraverso il sito istituzionale del Comune di Saronno nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza. Nell'ambito del procedimento verranno trattati solo i dati sensibili e giudiziari indispensabili per lo svolgimento delle attività istituzionali. L'interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/03 ed in particolare ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, dell'origine dei dati personali, delle modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, nonché l'aggiornamento, la rettificazione ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati. L'interessato ha inoltre diritto:

- Di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- Di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.