

Per i seguenti interventi/progetti:

1) Contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma di impianti, adattamenti domotici
(€ 20.000 contributo massimo previsto e comunque non superiore al 70% del costo dell'intervento)

Finalità dell'intervento strutturale:

- migliorare l'accessibilità: eliminazione barriere architettoniche
- migliorare la fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche
- mettere a norma gli impianti

L'assegnazione del contributo è destinata all'unità immobiliare di seguito identificata:

Sita nel comune di _____

Via _____

Codice catastale _____ di cui si allega planimetria.

Di proprietà:

- della famiglia/ della persona disabile grave con la finalità di essere messa a disposizione per la realizzazione delle residenzialità di cui al presente Programma.
- dell'Ente pubblico
- di edilizia popolare
- di proprietà di Ente privato no profit ONLUS

L'intervento infrastrutturale per cui si richiede il contributo ha la finalità di realizzare:

- gruppo appartamento con Ente gestore
- residenzialità autogestita
- soluzioni abitative di Co-housing/Housing

2) Contributo sostegno del canone di locazione/spese condominiali

- Canone di locazione (fino a € 300,00 mensili per unità abitativa e comunque non superiore all' 80% del costo complessivo)
- Spese condominiali (fino a € 1.500,00 annui per unità abitativa e comunque non superiore all'80% del costo complessivo)

Tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento:

- Soluzione abitativa autogestita da più persone con disabilità
- Soluzione abitativa in Co-housing/housing

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 46, 75, 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE

- l'abitazione per cui si chiede l'intervento è destinata a persone disabili gravi ai sensi della Legge 104/92 art.3/c.3 residenti nei Comuni dell'Ambito e che le stesse hanno un'età compresa tra i 18 e 64 anni
- la patologia relativa alla disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità

Se la domanda è relativa all'intervento **1) Contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche**

- di essere proprietario dell'immobile
- di essere affittuario dell'immobile
- altra condizione (specificare)

E che:

- per lo stesso intervento non sono stati richiesti altri contributi a carico di risorse nazionali/regionali (es: L.R. 23 art 4- C.4 e 5- strumenti tecnologicamente avanzati, eliminazione barriere architettoniche)
- di essere disponibile a costituire vincolo di destinazione d'uso ventennale (a partire dalla data di assegnazione del contributo) in conformità al progetto di utilizzo presentato;

Se il richiedente è un Ente o Associazione erogatore degli interventi deve possedere i seguenti requisiti:

- di possedere la comprovata esperienza nel campo dell'erogazione di servizi o attività in favore di persone con disabilità e loro famiglie è quantificabile in almeno 2 anni
- che l'immobile/unità abitativa oggetto degli interventi di cui al presente atto non possono essere distolti dalla destinazione per cui è stato presentato il progetto né alienati per un periodo di almeno 20 anni dalla data di assegnazione del contributo, salva apposita autorizzazione della Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 25 della L.R. n. 3/2008

Se la domanda è relativa all'intervento 2): **Contributo per canone di locazione e spese condominiali:**

- Di essere proprietario dell'immobile
- Di essere proprietario dell'immobile
- Altra condizione (specificare)

ALLEGA

(IN CASO DI PIU' BENEFICIARI ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE PER CIASCUNO)

- CARTA D'IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE
- CARTA D'IDENTITÀ DEL BENEFICIARIO
- COPIA ATTESTAZIONE ISEE SOCIO SANITARIO
- COPIA ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO
- COPIA CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE, RICONOSCIUTA AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/92 AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 3 DELLA LEGGE N. 104/1992
- COPIA VERBALE INVALIDITÀ CIVILE
- COPIA SENTENZA DEL TRIBUNALE DI NOMINA DEL TUTORE/ADS DEL SOGGETTO FRAGILE
- N° 1 ALLEGATO alla domanda (vedi sotto)
- N° 2 ALLEGATO alla domanda (vedi sotto)

ALLEGARE DOCUMENTAZIONE A SECONDA DELLA TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO E DELLA SITUAZIONE INDIVIDUALE:

- PREVENTIVO DI SPESA PER INTERVENTO RELATIVO ALL'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE, MESSA A NORMA IMPIANTI, ADATTAMENTI DOMOTICI
- CONTRATTO DI LOCAZIONE/ATTO DI PROPRIETÀ
- DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LE SPESE RELATIVE AL CANONE DI LOCAZIONE
- DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LE SPESE CONDOMINIALI

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS 196/2003

I dati, le informazioni, le documentazioni che verranno raccolti e trattati durante il colloquio e gli eventuali successivi aggiornamenti, potranno essere utilizzati per gli interventi e per i servizi richiesti.

Acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili che potrà essere effettuato solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento si riferisce e per rilevanti finalità di interesse pubblico previste da norme di legge o regolamentari, ai sensi della suddetta legge.

DATA _____

FIRMA RICHIEDENTE/FAMILIARE/RAPPRESENTANTE LEGALE/ENTE/ASSOCIAZIONE

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO	
<input type="checkbox"/> persona non frequentante servizi diurni	
<input type="checkbox"/> persona frequentante servizi diurni sociali	Quale? <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> CSE <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> persona frequentante i servizi diurni sociosanitari/sanitari	Quale? <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> Persona accolta nelle residenzialità (specificare) _____	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

INFORMAZIONI RELATIVE AL SOSTEGNO FAMILIARE	
<input type="checkbox"/> Assenza di entrambi i genitori e di una rete familiare che garantisca assistenza	
<input type="checkbox"/> Genitori che, 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 e assenza di una rete familiare che garantisca assistenza.	
<input type="checkbox"/> Assenza di entrambi i genitori ma presenza di una rete familiare che garantisca assistenza.	
<input type="checkbox"/> Genitori che, 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 e presenza di una rete familiare che garantisca assistenza.	

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA CONDIZIONE SOCIO- ECONOMICA	
<input type="checkbox"/> ISEE ordinario: € _____	
<input type="checkbox"/> ISEE socio-sanitario: € _____	
<input type="checkbox"/> di aver presentato DSU in data: _____	

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA CONDIZIONE ABITATIVA	
<input type="checkbox"/> Non disponibilità di un'abitazione.	
<input type="checkbox"/> Frequenza struttura residenziale diverse da quelle previste dal D.M. (gruppi appartamento e soluzioni di Co-Housing riproducenti le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e con capacità ricettiva fino a 5 persone).	
<input type="checkbox"/> Presenza dell'abitazione e dello stato della stessa (valutare complessivamente di seguito: spazi per i componenti della famiglia, condizioni igieniche, condizioni strutturali, servizi igienici) indica di seguito con una X: adeguato, parzialmente adeguato, non adeguato).	
<input type="checkbox"/> Non adeguato	Motivo: _____
<input type="checkbox"/> Parzialmente adeguato	Motivo: _____
<input type="checkbox"/> Adeguato	Motivo: _____

ALTRE MISURE ATTIVE A SOSTEGNO DI PERSONE IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'	
<input type="checkbox"/> Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare/ Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente	
<input type="checkbox"/> Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)	
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	
<input type="checkbox"/> Misura Reddito di autonomia disabili	
<input type="checkbox"/> Misura B1 FNA: Buono assistente personale	
<input type="checkbox"/> Sostegno "Ristrutturazione" del Programma regionale	
<input type="checkbox"/> Sostegno "Canone di locazione/Spese condominiali" del Programma regionale	
<input type="checkbox"/> Sostegno "Residenzialità autogestita" da persone disabili gravi del Programma regionale	
<input type="checkbox"/> Sostegni forniti con i Progetti sperimentali Vita Indipendente (PRO.VI.)	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

DATA _____

FIRMA RICHIEDENTE/FAMILIARE/ADS/TUTORE/ENTE/ASSOCIAZIONE
