

Ambito territoriale di _____

Allegato 3 – Scheda analitica specifica Interventi gestionali – Tipologia C
Domanda di accesso alle misure a sostegno della domiciliarità in soluzioni alloggiative.

Programma operativo regionale “Dopo di Noi” DGR 296/2017

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ ad
integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 296/2017 – l'accesso ai contributi di seguito riportati:

- C.1 Voucher per sostenere la residenzialità in gruppo appartamento con Ente Gestore;
- C.2 Contributo per sostenere la residenzialità autogestita da persone con disabilità grave;
- C.3 Buono mensile per sostenere le esperienze di housing/cohousing.

e a tal fine

DICHIARA

(Barrare le voci che interessano)

- Che la persona è già inserita in una delle tipologie di residenzialità previste dal presente Programma;
- Che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- La disponibilità dell'abitazione di proprietà della persona/famiglia;

DICHIARA ALTRESI'

Per la misura C.1

- Di non essere beneficiario del Buono per accompagnamento alla vita indipendente (FNA);
- Di non avere in essere interventi legati alle sperimentazioni in materia di Vita indipendente;
- Di non essere titolare della Misura del Reddito di Autonomia disabili;
- Di non beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD);
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.
- Di non frequentare servizi diurni ;
- Di frequentare il servizio diurno di seguito riportato _____

Per la misura C.2

- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____.
- Di non essere titolare della Misura del Reddito di Autonomia disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

Per la misura C.3.:

- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € _____.
- Di non essere titolare della Misura del Reddito di Autonomia disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano territorialmente competente e a Regione Calabria. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____