

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO DEL PROGETTO ATTUATO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Tipologia intervento attuato:

- A1) Voucher annuale Accompagnamento all'autonomia** (voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile di un valore annuo fino a € 600,00 per consulenza /sostegno alla famiglia)

- A2) Interventi di supporto alla residenzialità in soluzioni alloggiative**
 - Voucher residenzialità con ente gestore** (voucher mensile fino a € 500,00 per persona frequentante servizi diurni – voucher mensile fino a € 700 per persona non frequentante i servizi diurni)
 - Contributo residenzialità autogestita** (contributo mensile fino a € 600,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)
 - Buono mensile Cohousing/Housing** (Buono mensile di € 700,00 a persona, aumentabile sino a € 900,00 e comunque non superiore all'80% del costo del personale)

- A3) Ricovero di Pronto Intervento** (contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale)

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

- ✓ Di aver preso visione della DGR 4749/2021 e della DGR 6218/2022 e dell'Avviso pubblico per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave, come definita dall'art. 3 comma 3 della L 104/1992, prive del sostegno familiare – Dopo di Noi L.N. 112/2016 (DGR 6218/2022) e che sono posseduti i requisiti richiesti dallo stesso;
- ✓ Di aver sostenuto spese per contrastare l'emergenza legata al Covid 19 nell'attuazione del progetto sopra indicato:
 - ✓ Per un importo pari a € _____
 - ✓ Nell'annualità di riferimento: _____
 - ✓ Per la tipologia di spese specificata nella relazione allegata (a titolo esemplificativo e non esaustivo: mascherine, dispositivi per la protezione degli occhi, strumenti di controllo o igienizzanti, saturi metro, gel disinfettante, sanificazione e adattamento degli spazi, di cui si allegano i documenti giustificativi).

Data e Luogo _____

Firma del Richiedente/Rappresentante legale

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (Barrare)

- Fotocopia carta identità e codice fiscale del richiedente;
- Relazione con specificata l'ammontare, il progetto individuale di riferimento, il periodo di riferimento e la tipologia delle spese considerate.
- Documenti giustificativi

**DICHIARAZIONE
DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL CONFERIMENTO E TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto _____ in qualità di _____ dichiara inoltre di aver letto e compreso l'Informativa sulla privacy "Informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della gestione del Comune di Abbiategrasso ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 10 del decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 51" allegata all'Avviso pubblico ed esprime con la firma in calce (o digitale), il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Data e Luogo _____

Firma del Richiedente
