



CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA

Ambiti territoriali di Bellano, Lecco e Merate

**Istanza di valutazione per l'accesso alle misure
del Programma operativo Regionale "Dopo di noi"**

DA UTILIZZARSI DA PARTE DI ENTI PROPONENTI PROGETTI DI INTERVENTO*

Ambito Territoriale di _____
e pc Al Comune di _____

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

Rappresentante legale di

- ☐ COMUNE DI _____
- ☐ ASSOCIAZIONE DI FAMIGLIE DI PERSONE DISABILI _____
- ☐ ASSOCIAZIONE DI PERSONE CON DISABILITA' _____
- ☐ ENTE DI TERZO SETTORE _____
- ☐ ALTRO ENTE PUBBLICO _____

CHIEDE

**l'accesso alle misure previste dalle DGR sul "Dopo di Noi", come di seguito riportato, a sostegno
dell'allegato progetto¹ per la realizzazione di:**
(Barrare le misure che si intende richiedere)

¹ cfr. schema base per la progettazione degli interventi

➤ **Interventi infrastrutturali:**

- contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica e/o riattamento degli alloggi e per la messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza); ☐
- contributo ai costi della locazione/utenze ☐
- contributo per le spese condominiali; ☐

➤ **Interventi gestionali finalizzati alla realizzazione di:**

- voucher "per percorsi di accompagnamento all'autonomia" per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione; ☐
- voucher "durante noi": consulenza/sostegno alla famiglia (esclusivamente ad integrazione del voucher di cui al punto precedente) ☐
- supporto alla residenzialità presso le forme previste dalle Linee operative allegate: ☐
 - gruppo appartamento con ente gestore";
 - gruppo appartamento autogestito"
 - Soluzioni di "cohousing/housing"
- ricoveri temporanei di pronto intervento/sollievo in situazioni di emergenza (max.60gg). ☐

In favore dei seguenti beneficiari (massimo cinque persone)

1. Sig. Nome e Cognome

Nato a _____ il _____ Sesso M/F

Residente a CAP Prov.

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale

2. Sig. Nome e Cognome

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

[illegible]

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale

3. Sig. Nome e Cognome

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a	CAP	Prov.
-------------	-----	-------

Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale**Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale****Firma del beneficiario o di chi ne esercita la tutela legale**

Si allega

- **Scheda progetto con analisi degli obiettivi perseguiti e delle modalità di attivazione**

Data e luogo _____

Firma _____

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI. Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 101/2018

Si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso del Comune di Lecco – Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale di Lecco e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Operative territoriali e nel rispetto dell'Art. 13 del Decreto 196/2003. Per adesione

Data e luogo _____

Firma _____

*** ai sensi delle DGR sul Dopo di Noi gli enti di terzo settore che intendono sviluppare interventi ai sensi della normativa dovranno prevedere forme di coprogettazione con persone, famiglie e Comuni/Ambiti. Dovranno inoltre possedere e documentare i seguenti requisiti:**

- comprovata esperienza nel campo dell'erogazione di servizi e attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle misure di sostegno ed alle esperienze organizzative realizzate ai sensi delle DGR sul Dopo di Noi;
- iscrizione ai rispettivi albi provinciali/regionali;
- assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali in corso;
- garanzia da parte degli enti della solvibilità autocertificando l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi Banca d'Italia (circolare n.139 del 11.2.1991 aggiornata al 29.04.2011-14°aggiornamento)