



## 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 DISABILITÀ' \_\_\_\_\_
- 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 progetto<sup>1</sup> per la realizzazione di:**  
(Barcare 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 \_\_\_\_\_  
Codice fiscale |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
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. \_\_\_\_\_

Allegato all'Avviso Pubblico – Dopo di Noi degli Ambiti di Bellano Lecco e Merate

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

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

---

4. 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**

---

5. 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**

---

A tal fine

**DICHIARA**  
**Per tutti i destinatari la presenza dei requisiti di seguito elencati**

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, accertata nelle modalità indicate all'art.4 della medesima legge, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Di norma maggiorenni con priorità a cluster specifici a seconda del tipo di sostegno;
- Prive del sostegno familiare in quanto mancanti entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno;
- possono accedere ai programmi anche persone con necessità di sostegni intensivi:
  - in possesso di risorse economiche e/o con genitori ancora in grado di garantire il sostegno genitoriale;
  - già inserite in strutture residenziali per le quali emerge una possibilità di rivalutazione delle condizioni abitative (percorso di deistituzionalizzazione).

e per le quali sono accertate, tramite valutazione multidimensionale, le esigenze progettuali della persona dell'abitare fuori dalla famiglia d'origine e l'idoneità degli interventi previsti dalla DGR.

**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)