

**Da compilare per chi ha richiesto l'accesso alla MISURA D1 - voucher per gruppo appartamento con Ente gestore**

Che la persona per cui viene richiesta la misura:

è domiciliata/residente/ospite (cancellare le voci che non interessano) presso la struttura denominata \_\_\_\_\_

Ubicata in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Gestita da \_\_\_\_\_

Con retta sociale a carico del richiedente o del Comune pari a € \_\_\_\_\_

Si **allega dichiarazione dell'Ente gestore** circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.

non risulta beneficiaria di misura B2 del Fondo Non Autosufficienza finalizzata all'accompagnamento alla vita indipendente;

non risulta beneficiaria di progetto sperimentale vita indipendente (PRO.VI);

non risulta beneficiaria di misura reddito di autonomia disabili;

non risulta beneficiaria di servizio SAD comunale.

**Da compilare per chi ha richiesto l'accesso alla MISURA D2 - contributo per gruppo appartamento autogestito**

Che la persona per cui viene richiesta la misura:

è domiciliata/residente/ospite (cancellare le voci che non interessano) presso l'appartamento sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [ ] persone** (allegare specifica dichiarazione secondo il modulo "Dichiarazione di convivenza in gruppo appartamento o soluzione di housing/cohousing" per ciascun soggetto).

sostiene le seguenti spese mensili \_\_\_\_\_ per l'assunzione di n. [ ] assistenti personali e/o per la fruizione dei seguenti servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da \_\_\_\_\_

(**allegare** documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni) di cui la quota a carico del richiedente è pari a [ ][ ][ ]%

non risulta beneficiaria di misura reddito di autonomia disabili.

**Da compilare per chi ha richiesto l'accesso alla MISURA D3 - buono mensile per cohousing / housing**

Che la persona per cui viene richiesta la misura:

è domiciliata/residente/ospite (cancellare le voci che non interessano) presso l'appartamento sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Risultante in cohousing/housing dalla **documentazione allegata**.

Qualora gestita da un Ente si **allega dichiarazione dell'Ente gestore** circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.

**In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [ ] persone** (allegare specifica dichiarazione secondo il modulo "Dichiarazione di convivenza in gruppo appartamento o soluzione di housing/cohousing" per

*ciascun soggetto).*

- sostiene le seguenti spese mensili \_\_\_\_\_ per l'assunzione di n. [ ] assistenti personali e/o per la fruizione dei seguenti servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da \_\_\_\_\_ (**allegare** documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni) di cui la quota a carico del richiedente è pari a [ ][ ][ ]%
- non risulta beneficiaria di misura reddito di autonomia disabili.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Dichiarazione di convivenza in gruppo appartamento o soluzione di housing cohousing**

(Programma operativo Regionale D.G.R. 6674 del 7.6.2017  
L. N.112/2016 "Dopo di noi")

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ambito Territoriale di DESIO

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

per se stesso:

A favore di (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_]  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di sostegno

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;  
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che (cognome nome) \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ che si allega.

vive in gruppo appartamento con \_\_\_\_\_

vive in cohousing/housing nello stesso appartamento con \_\_\_\_\_

**Da compilare se richiesto l'accesso alla MISURA D2 – contributo per gruppo appartamento autogestito**

- sostiene le seguenti spese mensili \_\_\_\_\_ per l'assunzione di n. [ ] assistenti personali e/o per la fruizione dei seguenti servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da \_\_\_\_\_ (allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni) di cui la quota a proprio carico è pari a [ ] [ ] [%]
- ha richiesto contributo per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. 6674 del 7.6.2017 al Comune di \_\_\_\_\_ Ambito territoriale di \_\_\_\_\_
- non ha richiesto contributi per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. 6674 del 7.6.2017a valere sulle misure della D.G.R. 6674 del 7.6.2017

**Da compilare se richiesto l'accesso alla MISURA D3 – buono mensile per cohousing/housing**

- sostiene le seguenti spese mensili \_\_\_\_\_ per l'assunzione di n. [ ] assistenti personali e/o per la fruizione dei seguenti servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da \_\_\_\_\_ (allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni) di cui la quota a proprio carico è pari a [ ] [ ] [%]
- ha richiesto contributo per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. 6674 del 7.6.2017 al Comune di \_\_\_\_\_ Ambito territoriale di \_\_\_\_\_
- non ha richiesto contributi per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. 6674 del 7.6.2017a valere sulle misure della D.G.R. 6674 del 7.6.2017

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_