



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

**Istanza di valutazione per l'accesso alle misure
del Programma operativo Regionale "Dopo di noi" D.G.R. 4749/2021**

Ambito Territoriale di MELZO

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

DIRETTO INTERESSATO

Overo di

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

Del sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

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

Medico di Medicina Generale _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

ltrabattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

CHIEDE

l'accesso alle misure previste dalla DGR 4749/2021, come di seguito riportato:

(Barrare le misure che si intende richiedere)

➤ **Interventi infrastrutturali:**

TIPOLOGIA A

- Contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi e messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)

TIPOLOGIA B

- Contributo ai costi della locazione e spese condominiali

➤ **Interventi gestionali:**

TIPOLOGIA C

- C.1. Voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia incrementabile con:
 C.2. Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia

TIPOLOGIA D

- D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento con entegestore
 D.2 Voucher per il supporto alla residenzialità autogestita
 D.3 Buono mensile per cohousing/housing

TIPOLOGIA E

- Contributo per ricoveri in pronto intervento

A tal fine

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;
- consapevole che i diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;
- 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

La presenza dei requisiti di seguito elencati per la persona per cui presenta la richiesta

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

lrattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

- Presenza di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;
- Assenza del sostegno familiare in quanto il richiedente è mancante di entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno;

Inoltre DICHIARA

- Che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;
- Di essere a conoscenza e di accettare che l'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda sarà utilizzato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi.
- Che la persona per cui si presenta domanda si trova nella seguente situazione familiare:
 - o entrambi i genitori e almeno un fratello/sorella;
 - o coniuge / convivente e figli;
 - o entrambi i genitori;
 - o coniuge / convivente;
 - o un solo genitore e almeno un fratello/sorella;
 - o un solo genitore;
 - o almeno un fratello;
 - o solo;

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (es malattie invalidanti, carichi familiari, ...)

Frequenta la seguente struttura diurna _____

sita a _____ gestita da _____

Frequenta la seguente struttura residenziale _____

sita a _____ gestita da _____

ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE

- o Verbale d'invalidità da cui si evince la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n.104/1992;

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

lrattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

- o Carta d'identità beneficiario e ove necessario del curatore/tutore/amministratore di sostegno;
- o Modulo allegato relativo alla tipologia di sostegno richiesto A, B, C, D o E;
- o PROGETTO INDIVIDUALIZZATO;
- o ISEE socio sanitario in corso di validità;

Data e luogo _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 – GDPR e stabilito che il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Melzo, con sede Piazza Vittorio Emanuele II n. 1 - 20066 Melzo (MI).

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

lrattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia A

Domanda di accesso al contributo per interventi di adeguamento dell'ambiente domestico

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

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

DICHIARA

Che gli interventi strutturali per cui si richiede contributo si realizzeranno presso (barrare le voci che interessano):

- Gruppo appartamento, soluzione abitativa di cohousing/housing:**
(specificare di seguito)
- di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei familiari;
 - di proprietà dell'Ente pubblico;
 - di edilizia popolare;
 - di proprietà di Ente privato no profit ONLUS
- L'abitazione della persona disabile grave (se in condivisione con altra persona condisabilità) messa a disposizione per la realizzazione degli interventi di cui al presente programma. Compilare MODELLO 1**

DICHIARA INOLTRE

- di essere proprietario/titolare dell'appartamento sito a _____ In via _____ Codice catastale _____
- di cui si allega planimetria.
- di essere disponibile a costituire vincolo di destinazione d'uso quinquennale (a partire dalla _____ data di assegnazione del contributo) in conformità al progetto di utilizzo presentato;
- di non essere beneficiario di ulteriori contributi a carico di risorse regionali/nazionali per la stessa tipologia di intervento;
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla presentazione di specifico progetto tecnico nel quale siano esplicitati:
1. il costo complessivo dell'intervento per cui si richiede il contributo declinato nelle seguenti voci: - miglioramenti dell'accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche – miglioramenti della fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche – messa a norma degli impianti (ove possibile corredare con preventivo dettagliato);
 2. tempi di attuazione;
 3. numero di posti previsti e nominativi di utenza prevista – almeno 2 persone già identificabili;
 4. eventuale crono-programma dei nuovi successivi inserimenti.

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

ltrabattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia B

Domanda di accesso ai contributi per il pagamento del canone di locazione e delle spese condominiali.

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

sulla base della DGR 4749/2021, l'accesso ai contributi di seguito riportati (*si precisa che le due misure sono fra loro compatibili*):

- Contributo mensile per unità abitativa a sostegno del canone di locazione;
- Contributo annuale per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali; e a tal fine

DICHIARA

(barrare le voci di interesse)

Che la persona per cui viene richiesta la misura:

- vive in gruppo appartamento presso l'appartamento sito in _____
via _____ in condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [] altri domiciliati/residenti/ospiti per ciascuno dei quali si allega specifica dichiarazione secondo il modello 1;
- vive in soluzioni di housing/cohousing risultante come housing/cohousing in base alla documentazione allegata
- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (cancellare le voci che non interessano) dell'appartamento sito a _____ in via _____
_____ con _____ contratto _____ d'affitto _____ intestato _____ a _____
(specificare il rapporto col richiedente) _____
per il quale corrisponde un importo mensile del canone di locazione pari a € _____
corrispondenti al [][][]%. **Allegare il contratto di locazione ed eventuali patti di suddivisione oneri.**
- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (*cancellare le voci che non interessano*) dell'appartamento sito a _____
in via _____ con contratto d'affitto intestato a _____
(specificare il rapporto col richiedente) _____ che
presenta le spese condominiali annue pari a € _____ **di cui si allega copia**, per le
quali concorre alla copertura in ragione del [][][]%. **Allegare le spese condominiali preventivo anno
corrente ed eventuali patti di suddivisione oneri.**

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

lrattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia C

Domanda di accesso al voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia e consulenza e sostegno alla famiglia

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

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

CHIEDE

Sulla base della DGR 4749/2021, per promuovere percorsi orientati all'acquisizione di livelli di autonomia finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare (o alla deistituzionalizzazione):

- l'accesso al voucher annuale fino ad € 4.800,00 – tipologia C1 incrementabile con:
- l'accesso al voucher annuo fino ad € 600,00 per consulenza e sostegno alla famiglia – tipologia C.2

(N.B. i due interventi sono compatibili tra loro)

Finalizzati a realizzare:

- accoglienza in "alloggi/palestra" e/o altre formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti dal DM per sperimentare le proprie abilità al di fuori dal contesto d'origine;
- esperienze di soggiorni extra-familiari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine nel quadro di un intervento documentato a sviluppo delle autonomie. Non sono ammessi soggiorni di vacanza ricreativa.

A tale fine:

DICHIARA	SI	NO	
di essere accolto in struttura residenziale della rete sociosanitaria o sociale			incompatibile
di accedere ai sostegni "supporto alla residenzialità del presente programma" (misure D.1, D.2, D.3).			
di frequentare un servizio diurno:			compatibile
CDD di _____			
CSE di _____			
SFA di _____			
di accedere alle seguenti misure:			
Misura B1 e B2 FNA per chi attiva un progetto di dopo di noi			
PRO.VI. (PROGETTI VITA INDIPENDENTE)			
Servizio di Assistenza domiciliare (SAD)			
Assistenza domiciliare integrata (ADI)			

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

lrattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia D

Domanda di accesso alle misure a sostegno della domiciliarità in soluzioni alloggiative.

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 4749/2021, l'accesso ai contributi di seguito riportati:

- D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento o comunità alloggio "temporanea" con Ente Gestore;
- D.2 Contributo per il supporto alla residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità;
- D.3 Buono mensile per sostenere le esperienze di housing/cohousing. e a tal fine

DICHIARA

PER LA MISURA D.1:

- 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 € _____ mese.

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.

OPPURE

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- Di non essere beneficiario del Buono per accompagnamento alla vita indipendente (Misura B2 FNA);
- Di non avere in essere interventi legati alle sperimentazioni in materia di Vita indipendente;
- Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- Di non beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare distrettuale (SAD);
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

PER LA MISURA D.2:

- 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 _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

ltrabattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

_____ In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [] persone per ciascuna delle quali si allega dichiarazione secondo il modello 1;

OPPURE

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- Che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili _____ per l'assunzione di n. [] assistenti personali e/o per la fruizione dei 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 [][][]%

- 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 del voucher inclusione disabili – Reddito di Autonomia;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

PER LA MISURA D.3:

- 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, In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [] persone per ciascuna delle quali si allega dichiarazione secondo il modello 1;

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.

OPPURE

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- Che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili _____ per l'assunzione di n. [] assistenti personali e/o per la fruizione dei servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

lrattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

(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 [][][]%

- 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 del voucher inclusione disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

lrattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia E

Domanda di accesso agli interventi di pronto intervento.

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 4749/2021, l'accesso al contributo giornaliero fino ad un massimo di € 100,00 commisurato al reddito familiare, per ricovero di pronto intervento, per massimo 60 giorni, per sostenere il costo della retta assistenziale presso *(barrare la tipologia che interessa e indicare il nome della realtà/struttura)*:

- Le tipologie di residenzialità previste dal presente Programma _____
 - Comunità Alloggio _____
 - Comunità Socio-sanitarie _____
 - Residenze Sanitarie per Disabili _____
- e a tal fine

DICHIARA

(Barrare le voci che interessano)

- Che la persona si trova in situazione di emergenza determinata da:

- Che la retta sociale a carico del richiedente o del Comune è pari a € _____ al mese
- Che la condizione di emergenza pregiudica la possibilità di mettere in atto i supporti necessari a garantire la permanenza della persona presso il proprio contesto di vita;
- Che la persona non è inserita gratuitamente presso unità d'offerta socio-sanitarie accreditate.

Data e luogo _____

Firma _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

lrattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

MODELLO 1 - ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE

Dichiarazione di convivenza in gruppo appartamento o soluzione di housing cohousing

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

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

DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di

FAMILIARE grado di parentela _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

Del sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ Sesso M/F _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

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

Medico di Medicina Generale _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

- 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;

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

lratbattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che (cognome nome) _____

- 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 _____

compilare se è stata richiesta la misura B

- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (*cancellare le voci che non interessano*) dell'appartamento sito a _____ in via _____
- con contratto d'affitto intestato a _____ (*specificare il rapporto col richiedente*) _____ per il quale corrisponde un importo mensile del canone di locazione pari a € _____ corrispondenti al [] [] [] % e concorre alle spese condominiali in percentuale del [] [] [] %;
- ha richiesto contributo per l'abbattimento dei canoni di locazione di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di _____ Ambito territoriale di _____;
- non ha richiesto contributi per l'abbattimento dei canoni di locazione di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 per l'abbattimento dei canoni di locazione;
- ha richiesto contributo per l'abbattimento delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di _____ Ambito territoriale di _____;
- non ha richiesto contributi per l'abbattimento delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 per l'abbattimento dei canoni di locazione.

compilare se è stata richiesta la misura D

- 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. 4749/2021 al Comune di _____ Ambito territoriale di _____
- non ha richiesto contributi per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021
- ha richiesto contributo per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di _____ Ambito territoriale _____

Ufficio di Piano

Piazza Vittorio Emanuele II, 1 - MELZO

Tel. 0295120279 - 0295129229 - 0295120235

ltrabattoni@comune.melzo.mi.it - ecorbetta@comune.melzo.mi.it - fruggeri@comune.melzo.mi.it - rpostiglione@comune.melzo.mi.it



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

di _____;

- non ha richiesto contributi per “buono mensile cohousing/housing” a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021

Data e luogo _____

Firma _____