

Al Comune di _____

Via _____

CAP _____ Città _____

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E STESURA PROGETTO PERSONALIZZATO
(ai sensi del D.M. del 23.11.2016 e della DGR n. 3404/2020)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____ e-mail: _____

In caso di domanda redatta da terzi

in qualità di:

- genitore
- familiare
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____ e-mail: _____

con riferimento ai sostegni finanziati attraverso il Fondo "Dopo di noi" (L.112/2016)

CHIEDE

che la propria situazione venga sottoposta a Valutazione Multidimensionale ai fini della predisposizione o revisione, di comune accordo con il sottoscritto, del proprio Progetto personalizzato redatto secondo le indicazioni di cui alla DGR n. 3404/2020. A tal fine si richiede che tale richiesta venga inoltrata all'ASST di Crema.

Consapevole che l'accesso agli interventi è subordinato alla definizione di un progetto personalizzato e che la tipologia di intervento sarà oggetto specifico di tale progetto, esprime il proprio interesse di massima per la seguente tipologia di sostegno:

- Accompagnamento all'autonomia
- Pronto intervento / Sollievo
- Supporto alla residenzialità

Ambito Distrettuale Cremasco

Segnala l'eventuale interesse a richiedere un contributo per i seguenti interventi strutturali relativi all'immobile/unità abitativa sito a _____ Via _____ n. _____ di proprietà di (Nome e Cognome) _____, da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi:

- Eliminazione barriere, messa a norma impianti, adattamenti domotici
- Canone locazione
- Spese condominiali

Segnala l'eventuale disponibilità:

- a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione (*specificare i nominativi di tali persone, che contestualmente presentano la propria richiesta di valutazione*):
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

Documentazione allegata:

1. Copia del documento di identità e codice fiscale del beneficiario e di chi presenta la richiesta (se persona diversa);
2. Copia del verbale di riconoscimento della condizione di disabilità grave (legge 104/1992) rilasciato dall'INPS;
3. Informativa per il consenso privacy sottoscritta ai sensi del Regolamento U.E. n. 2016/679 (Allegato 3);
4. Dichiarazione sostitutiva concernente la composizione di nucleo familiare (Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) (Allegato 5);
5. Autocertificazione requisiti minimi (Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) (Allegato 6);
6. Attestazione ISEE ordinario in corso di validità (facoltativo).

Luogo _____, li _____

Firma _____