

**Spett.li Comuni afferenti all'Ambito
Monte Bronzone Basso Sebino**

**Oggetto: avviso apertura bando “Dopo di Noi- Interventi a favore di Adulti con disabilità grave
L.N. 112/2016 - DGR 4749/2021 Programma Operativo Regionale”**

Con la presente si invia avviso del bando Dopo di Noi- Interventi a favore di Adulti con disabilità grave
L.N.112/2016 - DGR 4749/ 2021 Programma Operativo Regionale- risorse annualità 2020, come da
delibera di Giunta del 30.12.2021.

Si prega di provvedere alla pubblicazione dell'avviso sul Vostro sito istituzionale assieme alla
modulistica inerente allegata.

Per qualsiasi informazione e/o chiarimento, prego rivolgersi all'assistente sociale Corbo Serena ai
riferimenti presenti in calce.

Cordiali saluti

Il Responsabile Servizi Sociali Ambito Basso Sebino

F.F. Dott. Mattia Signorelli

Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs 82/2005 e s.m.i. e norme collegate,
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

Allegato 1: Avviso Apertura Bando Dopo di Noi - risorse annualità 2020

Allegato 2: modello domanda intervento gestionale

Allegato 3: modello domanda intervento infrastrutturale

Referente CMAS del procedimento: Assistente Sociale Serena Corbo

E-mail: serena.corbo@bronzone.cmassrl.it – Tel. 035 927031 int. 5. Cell 327 1246170

Sede legale e amministrativa:

Via del Cantiere, 4 - 24065 Lovere (BG)
C.F. 90029430163 - P.I. 03606190167
www.cmlaghi.bg.it - info@cmlaghi.bg.it
pec: cm.laghi_bergamaschi_1@pec.regione.lombardia.it

Sedi operative:

24065 Lovere (BG)	Via del Cantiere, 4 - T. 035.4349812
24060 Casazza (BG)	Via Don Zinetti, 1 - T. 035.810640
24060 Villongo (BG)	Via Roma, 35 - T. 035.927031

DOPO DI NOI

INTERVENTI A FAVORE DI ADULTI CON DISABILITA' GRAVE

L.N. 112/2016 DOPO DI NOI - DGR 4749/2021 Programma Operativo Regionale

PER INFORMAZIONI CONTATTARE IL PROPRIO COMUNE DI RESIDENZA O L'AMBITO PRESSO LA SEDE DELLA
COMUNITA' MONTANA DI VILLONGO telefono 035 / 927031

DESTINATARI :

Adulti con DISABILITA' GRAVE ai sensi dell'art.3 comma 3 L N. 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità:

- 1) **età compresa fra 18 e 64** anni con priorità a cluster di età specifici a seconda del tipo di sostegno richiesto;
- 2) **prive del sostegno familiare** in quanto:
 - mancanti di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare

Possono accedervi anche persone con disabilità grave, per le quali sono comunque accertate, tramite la valutazione multidimensionale, le esigenze progettuali della persona in particolare dell'abitare al di fuori della famiglia di origine e all'idoneità agli interventi definiti nei punti seguenti:

- in possesso di risorse economiche e/o con genitori ancora in grado di garantire sostegno genitoriale
- già inserite in strutture residenziali per le quali emerge una necessità di rivalutazione delle condizioni abitative (percorso di de-istituzionalizzazione)

RICHIESTA INTERVENTI GESTIONALI - riguardano voucher/buoni o contributi per:

- Percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare oppure per l'uscita dai servizi residenziali;
- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative previste dalla L. 112/2016;
- Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare per situazioni di urgenza;

RICHIESTA INTERVENTI INFRASTRUTTURALI – riguardano buoni per:

- canone locazione/ spese condominiali;
- interventi di domotica, messa a norma degli impianti, telesorveglianza e tele assistenza

CHI VERIFICA I REQUISITI E VALUTA LE DOMANDE: LE EQUIPE

-La verifica dei requisiti di accesso della domanda è effettuata dall'equipe multidimensionale di Ambito che stilerà graduatoria in base alle priorità di accesso stabilite dalla normativa.

-La Valutazione multidimensionale in equipe multiprofessionale sarà svolta con personale di Ambito, dell' ASST Bergamo EST ed eventuali enti gestori dei servizi già frequentati dal destinatario: sarà valutata la domanda attraverso strumenti specifici (schede ADL, IADL, SIDI)- studio della situazione familiare, ambientale e sociale del destinatario- analisi dei bisogni ed aspettative di emancipazione dai contesti di origine

-Seguirà Progetto Individuale con relativo budget di finanziamento, della durata di due anni e condiviso con il destinatario ed il contesto di origine

CHI PUO' FARE RICHIESTA: i cittadini residenti presso l'Ambito Monte Bronzone e Basso Sebino (Adrara San Martino, Adrara San Rocco, Credaro, Foresto Sparso, Gandosso, Predore, Parzanica, Sarnico, Tavernola B.sca, Viadanica, Vigolo, Villongo) per il Fondo Dopo di Noi – L. 112/2016

PER FARE RICHIESTA : Presentarsi ai Servizi Sociali del comune di residenza per elaborare la domanda e le schede di valutazione, in collaborazione con i servizi per la disabilità attualmente frequentati.

Per tutti i tipi di interventi è richiesto ISEE Sociosanitario del richiedente.

Termini del Bando: inizio il 31/12/2021 – bando aperto sino a limite delle risorse disponibili

PER INFORMAZIONI: CONTATTARE L'ASSISTENTE SOCIALE DEL PROPRIO COMUNE DI RESIDENZA O L'AMBITO PRESSO LA SEDE DELLA COMUNITA' MONTANA DI VILLONGO

telefono 035. 927031



**DOMANDA DI ACCESSO
INTERVENTI GESTIONALI
Programma operativo "Dopo di Noi" L. 112/2016**

Il/la sottoscritto/a

Nome e cognome			
Codice fiscale			
Genere	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>
			Femmina
Data di nascita			Età
Comune di nascita			Prov.
Residente a	C.A.P.		Prov.
via e nr. civico			
@mail			
Telefono	Cell.		

In qualità di

<input type="checkbox"/>	Persona con disabilità
<input type="checkbox"/>	Familiare: specificare
<input type="checkbox"/>	Amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	Tutore
<input type="checkbox"/>	Curatore
<input type="checkbox"/>	Legale rappresentante dell'Ente Pubblico/Privato di cui sotto:
	Nominativo Ente
	Sede legale: Comune di
	C.A.P.
	Prov.
	via e nr. civico
	C.F. e P.IVA
	Telefono
	Cell.
	E-mail

In nome e per conto di (compilare solo se la domanda non è presentata dal possibile diretto beneficiario)

Nome e cognome				
Codice fiscale				
Genere	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>	Femmina
Data di nascita				
Comune di nascita			Prov.	
Residente a		C.A.P.	Prov.	
via e nr. civico				
@mail				
Telefono		Cell.		

CHIEDE L'ACCESSO AI SEGUENTI INTERVENTI

Percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la de-istituzionalizzazione

- Voucher di accompagnamento all'autonomia fino a euro 4.800,00 annui, per attività rivolte alla persona
- Voucher di euro 600,00 annui, a incremento del precedente, per attività sul contesto familiare.

Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative

- **Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore:**
 - fino ad euro 500,00 mensili per persona che frequenta servizi diurni (CSE, SFA, CDD)
 - fino ad euro 700,00 per persona che NON frequenta servizi diurni (CSE, SFA, CDD).
- **Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito** fino ad un massimo di euro 600,00 mensili pro capite.
(Non superiore all'80% del costo degli assistenti personali o dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)).
- **Buono residenzialità in cohousing/housing** fino a euro 700 mensili pro capite.
Può essere aumentato fino a 900 euro per situazioni di particolare fragilità
(Non superiore all'80% del costo degli assistenti personali o dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)).

Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare

- **Contributo giornaliero pro capite fino ad euro 100,00** per ricovero di pronto intervento, per massimo n.60 giorni
(Per sostenere il costo della retta assistenziale, commisurato al reddito familiare, non superiore all'80% del costo del ricovero come da Carta dei servizi dell'Ente gestore dell'Unità d'Offerta).

A TAL FINE DICHIARA CHE

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

Il nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Codice fiscale	Data di nascita	Luogo di nascita

In merito alla condizione del beneficiario dell'intervento:

- La persona è riconosciuta disabile grave ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92
- La persona è priva del sostegno familiare in quanto:
 - mancante di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
- La persona non presenta comportamenti auto/eteroaggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, incompatibile con le tipologie di interventi e residenzialità oggetto del bando.

La condizione economica della persona disabile è la seguente:

Persona disabile (ISEE socio sanitario)

Valore ISEE Euro _____

In merito alla frequenza dei servizi diurni e alla fruizione di servizi/benefici:

- La persona NON frequenta servizi diurni
- La persona frequenta il seguente servizio diurno
 - CDD
 - CSE
 - SFA
 - Altro servizio (specificare)

Denominazione servizio _____

Con sede a _____

- La persona NON fruisce di altri servizi/benefici
- La persona fruisce o è in attesa di fruire di servizi/benefici

Denominazione servizio/beneficio _____

Erogato da _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per le diverse tipologie di intervento:

Percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la de-istituzionalizzazione: Voucher Accompagnamento all'autonomia/Voucher di consulenza-accompagnamento per la famiglia

La persona beneficiaria

- Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili
- Non è accolta in unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali
- Non fruisce di sostegni di "Supporto alla Residenzialità" del presente Programma
- Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Supporto alla residenzialità - Voucher residenzialità in appartamento con Ente gestore

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in appartamento con Ente gestore

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

Regolarmente autorizzato al funzionamento con provvedimento:

Numero e data del provvedimento _____

Rilasciato da _____

La persona beneficiaria

- Non fruisce della Misura B2 FNA - Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Non fruisce del Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Non fruisce della Misura Reddito di Autonomia Disabili
- Non fruisce del voucher inclusione disabili
- Non fruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD)
- Non fruisce del Sostegno "Voucher Accompagnamento all'autonomia" del presente Programma

Supporto alla residenzialità - Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in gruppo appartamento autogestito

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

In coabitazione con le seguenti persone disabili:

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

Nome e cognome _____

La persona beneficiaria

- Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali
- Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di Euro _____

La persona beneficiaria

- Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili
- Non fruisce del Sostegno “Voucher Accompagnamento all’autonomia” del presente Programma
- Non fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Supporto alla residenzialità - Buono residenzialità in cohousing/housing

- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente in residenzialità in cohousing/housing

Data inserimento _____

Ubicato a _____

In via _____

La persona beneficiaria

- Fruisce o fruirà del supporto di assistenti personali
- Fruisce o fruirà del supporto di servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale

A decorrere dal _____

Per un costo presunto mensile di Euro _____

La persona beneficiaria

- Non fruisce della Misura Reddito di autonomia disabili
- Non fruisce del Sostegno “Voucher Accompagnamento all’autonomia” del presente Programma
- Non fruisce della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Fruisce o è in attesa di fruire della Misura B1 FNA: Buono assistente personale
- Non fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Fruisce della Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- Non fruisce dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Fruisce o è in attesa di fruire dei sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

Contributo accoglienza residenziale in situazioni di Pronto Intervento

Ricovero a decorrere dal _____ al _____

Per un totale di n. _____ giorni

Per un costo presunto giornaliero di Euro _____

Costo giornaliero della retta assistenziale (come da Carta dei Servizi dell’Ente gestore) Euro _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per gli enti o associazioni erogatori degli interventi:*(Compilare solo se il richiedente è ente o associazione)*

- Possiede comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie.
- È iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali o altro registro /albo:
 Registro di iscrizione _____
 Numero iscrizione _____
 Data di iscrizione _____
- Sono assenti in capo al legale rappresentante condanne penali o procedimenti penali in corso.
- Non vi sono situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia.

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere a conoscenza che l'accesso ai benefici richiesti comporta la valutazione da parte di un'équipe multidisciplinare e la redazione di un progetto individuale;
- di essere a conoscenza che il comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli a campione sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate. Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il comune ne darà comunicazione all'Ufficio di Piano dell'Ambito di per la sospensione/revoca del beneficio e si attiverà per l'eventuale recupero dei benefici concessi;
- di autorizzare il comune di residenza e l'Ambito di al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

Data e luogo,

Il Dichiarante

Per tutti i richiedenti	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia della carta di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario • Certificazione di grave disabilità del beneficiario ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92 • Per le richieste presentate da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia dell'atto legale di nomina
Per i soli richiedenti il Voucher Residenzialità in appartamento con Ente gestore	<ul style="list-style-type: none"> • Certificazione di inserimento, avvenuto o di prossima realizzazione, rilasciato dall'Ente gestore dell'appartamento
Per i soli richiedenti il Contributo residenzialità in gruppo appartamento autogestito	<ul style="list-style-type: none"> • Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato
Per i soli richiedenti il Buono residenzialità in cohousing/housing	<ul style="list-style-type: none"> • Documentazione attestante le spese relative all'assistenza, in caso di intervento già avviato
Per i soli richiedenti il Contributo per accoglienza residenziale in situazioni di Pronto Intervento/Sollievo	<ul style="list-style-type: none"> • Preventivo di spesa relativo all'inserimento in struttura



**DOMANDA DI ACCESSO
INTERVENTI INFRASTRUTTURALI
Programma operativo "Dopo di Noi" L. 112/2016**

Il/la sottoscritto/a

Nome e cognome			
Codice fiscale			
Genere	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>
			Femmina
Data di nascita		Età	
Comune di nascita			Prov.
Residente a	C.A.P.		Prov.
via e nr. civico			
@mail			
Telefono	Cell.		

In qualità di

<input type="checkbox"/>	Persona con disabilità
<input type="checkbox"/>	Familiare: specificare
<input type="checkbox"/>	Amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	Tutore
<input type="checkbox"/>	Curatore
<input type="checkbox"/>	Legale rappresentante dell'Ente Pubblico/Privato di cui sotto:
	Nominativo Ente
	Sede legale: Comune di
	C.A.P.
	Prov.
	via e nr. civico
	C.F. e P.IVA
	Telefono
	Cell.
	E-mail

In nome e per conto di (compilare solo se la domanda non è presentata dal possibile diretto beneficiario)

Nome e cognome				
Codice fiscale				
Genere	<input type="checkbox"/>	Maschio	<input type="checkbox"/>	Femmina
Data di nascita				
Comune di nascita			Prov.	
Residente a		C.A.P.	Prov.	
via e nr. Civico				
@mail				
Telefono		Cell.		

CHIEDE L'ACCESSO AI SEGUENTI INTERVENTI

Contributo per interventi di **ristrutturazione** dell'unità abitativa per:

- Miglioramento accessibilità della struttura: abbattimento barriere architettoniche;
- Miglioramento fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche;
- Messa a norma degli impianti.

(Contributo massimo di euro 20.000,00 e comunque NON superiore al 70% del costo totale previsto per l'intervento)

Sostegno del **canone di locazione/spese condominiali**:

- Contributo mensile fino a massimo euro 300,00 per unità abitativa a sostegno del canone di locazione.
- Contributo annuale fino a massimo euro 1.500,00 per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali.

(Sostegno NON superiore all'80% dei costi complessivi).

A TAL FINE DICHIARA CHE

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti:

Il nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Codice fiscale	Data di nascita	Luogo di nascita

In merito alla condizione del beneficiario dell'intervento:

- La persona è riconosciuta disabile grave ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92
- La persona è priva del sostegno familiare in quanto:
 - mancante di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare
- La persona non presenta comportamenti auto/eteroaggressivi ovvero condizioni di natura clinica e comportamentale che richiedono una protezione elevata, incompatibile con le tipologie di interventi e residenzialità oggetto del bando.

La condizione economica della persona disabile e della sua famiglia è la seguente:Persona disabile (ISEE socio sanitario)

Valore ISEE Euro _____

In merito all'alloggio per cui è richiesto l'intervento:La tipologia di alloggio per cui si chiede l'intervento è la seguente:

- Gruppo appartamento/soluzione abitativa in cohousing/housing
 - di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei familiari (trust familiare)
 - di proprietà dell'Ente pubblico
 - di edilizia popolare
 - di proprietà di Ente privato no profit ONLUS
- Abitazione di proprietà della persona disabile grave messa a disposizione per esperienze di coabitazione di cui al presente Bando.

I dati del proprietario dell'alloggio per cui si chiede l'intervento sono i seguenti:

Cognome e Nome/Ragione Sociale _____

Residenza/sede legale in Via/Piazza _____ n. _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____

C.F./P.IVA _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

L'ubicazione dell'alloggio per cui si chiede l'intervento è la seguente:

Comune _____

Via _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per le diverse tipologie di intervento:

*Contributo per interventi di **ristrutturazione** dell'unità abitativa per l'eliminazione delle barriere architettoniche, per migliorare la fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche, per mettere a norma gli impianti:*

- Per lo stesso intervento non sono stati richiesti altri contributi a carico di risorse nazionali/regionali (es: L.R. 23/1999 art 4 - Comma 4 e 5- "agevolazioni per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati, eliminazione barriere architettoniche);
- La persona beneficiaria risiede o risiederà prossimamente nell'abitazione oggetto dell'intervento;
- La disponibilità **del proprietario a non alienare e a vincolare la destinazione d'uso dell'immobile** per le finalità del progetto per almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo, salva apposita autorizzazione della Regione Lombardia ai sensi dell'art. 25 della L.R. n.3/2008. *In caso di riconoscimento del beneficio, tale disponibilità dovrà essere formalizzata con apposito atto prima della liquidazione del contributo.*

La spesa presunta dell'intervento di ristrutturazione è Euro _____

L'intervento di ristrutturazione prenderà avvio dal _____

L'intervento di ristrutturazione si concluderà entro il _____

*Contributo a sostegno del **canone di locazione**:*

- La persona beneficiaria risiede in gruppo appartamento autogestito o in soluzione abitativa di cohousing/housing.

Il costo mensile del canone di locazione è Euro _____

*Contributo a sostegno delle **spese condominiali***

- La persona beneficiaria risiede in gruppo appartamento autogestito o in soluzione abitativa di cohousing/housing.

Il costo annuo delle spese condominiali è Euro _____

In merito al possesso dei requisiti specifici per gli enti o associazioni erogatori degli interventi:

(Compilare solo se il richiedente è ente o associazione)

- Possiede comprovata esperienza di almeno 2 anni nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie.
- È iscritto ai rispettivi registri provinciali/regionali o altro registro /albo:

Registro di iscrizione _____

Numero iscrizione _____

Data di iscrizione _____

- Sono assenti in capo al legale rappresentante condanne penali o procedimenti penali in corso.
- Non vi sono situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi della Banca d'Italia.

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione del bando e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere a conoscenza che l'accesso ai benefici richiesti comporta la valutazione da parte di un'équipe multidisciplinare e la redazione di un progetto individuale;
- di essere a conoscenza che il comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli a campione sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate. Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il comune ne darà comunicazione all'Ufficio di Piano dell'Ambito di per la sospensione/revoca del beneficio e si attiverà per l'eventuale recupero dei benefici concessi;
- di autorizzare il comune di residenza e l'Ambito di al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

Data e luogo,

Il Dichiarante

ALLEGATI OBBLIGATORI ALLA DOMANDA

Per tutti i richiedenti	<ul style="list-style-type: none">• Fotocopia della carta di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario• Certificazione di grave disabilità del beneficiario ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/92• Per le richieste presentate da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia dell'atto legale di nomina
Per i soli richiedenti il Contributo per interventi di ristrutturazione	<ul style="list-style-type: none">• Preventivo di spesa per intervento relativo all'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma impianti, adattamenti domotici• Copia del contratto di locazione/ comodato/ atto di proprietà• Breve relazione inerente le migliorie da apportare all'alloggio
Per i soli richiedenti il Contributo a sostegno del canone di locazione	<ul style="list-style-type: none">• Documentazione attestante le spese relative al canone di locazione
Per i soli richiedenti il Contributo a sostegno delle spese condominiali	<ul style="list-style-type: none">• Documentazione attestante le spese condominiali