

PIANO DI ZONA Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

ALLEGATO TIPOLOGIA C

**DOMANDA DI ACCESSO AL VOUCHER PER PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO
ALL'AUTONOMIA
"DOPO DI NOI" DGR 275/2023**

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

RICHIEDE

(contrassegnare solo gli interventi interessati)

sulla base della DGR 275/2023, per promuovere percorsi orientati all'acquisizione di livelli di autonomia finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare (o alla deistituzionalizzazione), l'accesso al percorso di accompagnamento all'autonomia proporzionale all'intensità degli interventi necessari, come descritto nelle fasi sotto elencate

prima fase o fase di avvio della **durata massima di due anni**: prevede l'erogazione di un voucher per l'autonomia che può essere incrementato con il voucher durante noi per l'accompagnamento familiare. Il Budget complessivo della prima fase è pari a € 3.500,00, incrementato del voucher durante noi di € 600,00. **Questa fase non è ripetibile.**

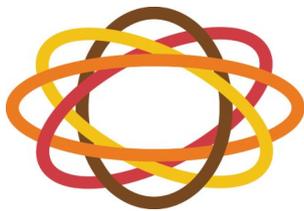
seconda fase o fase intermedia eventualmente prorogabile per una seconda edizione: prevede l'erogazione di un voucher per l'autonomia sino a € 3.500,00 che può essere incrementato con il voucher durante noi fino a € 600,00 per l'accompagnamento familiare. Per l'accesso a questa fase è fondamentale far sperimentare ai co-residenti più distacchi temporanei e per più giornate **consecutive, in un contesto di civile abitazione**

terza fase o fase conclusiva eventualmente prorogabile per una seconda edizione: prevede l'erogazione di un voucher annuale sino a € 4.800,00, incrementato con il voucher durante noi fino a € 800,00 per l'accompagnamento familiare. In questa fase deve essere previsto il passaggio di abitazione ed attività di sostegno da un alloggio palestra generico ad una sede abitativa individuata, per la conseguente formalizzazione dell'avvio di una delle forme residenziali previste dal **dopo di noi**.

DICHIARA

Hai fini della verifica delle compatibilità/incompatibilità sono attivi i seguenti interventi:

- Contributi Misura FNA B1 e B2 (SPECIFICARE) _____
- Servizio Assistenza Domiciliare comunale (SAD); _____
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); _____
- Frequenza di Centro Socio Educativo (CSE) presso Centro Denominato _____
sito in _____
- Frequenza di Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA) presso Centro Denominato _____
sito in _____
- Frequenza di Centro Diurno Disabili (CDD) presso Centro Denominato _____
sito in _____
- accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie e sociali
- avere attivi Sostegni "Supporto alla Residenzialità" del presente Programma



PIANO DI ZONA
Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

ALLEGATO TIPOLOGIA C

1. SEDE struttura presso la quale avverrà la sperimentazione DATI:

NOME STRUTTURA

INDIRIZZO:

STRUTTURA APPARTENENTE A :

TITOLO DI UTILIZZO: PROPIETA'

AFFITTO

COMODATO

ALTRO (SPECIFICARE) _____

2. L'IMMOBILE HA I REQUISITI DELLA CIVILE ABITAZIONE? :

SI

NO (SPECIFICARE) _____

2. DESCRIZIONE DEL GRUPPO ALL'INTERNO NEL QUALE E' AVVERRA' LA SPERIMENTAZIONE

1. Numero componenti del gruppo di sperimentazione (incluso il beneficiario):

2. Quanti membri del gruppo hanno il DDN attivo?

3. Esigenze/risorse del gruppo nella prospettiva del DDN e Del percorso di accompagnamento all'autonomia del beneficiario (omogeneità/costanza della composizione del gruppo/azioni di rete o azioni di sistema utili/in essere)

Data e luogo _____

Firma _____

Per l'informativa sul trattamento dei dati Personali si rimanda a quanto contenuto ed illustrato nell'art. 10 " **Informativa sul Trattamento dei Dati Personali** " dell'Avviso Pubblico Per La Realizzazione Di Interventi A Favore Di Persone Con Disabilità Grave Prive Di Sostegno Familiare – Dopo Di Noi – L. 112/2016 Dgr 275/2023 e nel Modulo Istanza