

**PIANO DI ZONA**  
**Distretto Sociale Est Milano**

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

ALLEGATO TIPOLOGIA D2

**DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE A SOSTEGNO GRUPPO APPARTAMENTO-AUTOGESTITO**  
**“Dopo di Noi” DGR n. 275/2023**

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

DICHIARA

Che la persona DESTINATARIA DELL'INTERVENTO per cui viene richiesta la misura:

è domiciliata/residente/ospite (*cancellare le voci che non interessano*) presso l'appartamento sito

Ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

CHIEDE

**Contributo residenzialità Autogestita, calcolata** sulla base delle **spese sostenute dai “conviventi”** per remunerare il/gli assistenti personali regolarmente assunti o servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni), per un **tetto massimo di spesa univoco** a carico del Fondo DDN che, al netto di altre misure compatibili:

- pari a 12.000,00 €/annui (corrispondente a 1.000,00 €/mese)
- per le persone che presentano un quadro di natura clinica ad elevata intensità di sostegno, il contributo annuale è elevato fino a € 14.400,00 (corrispondente a € 1.200,00/mese) (ai fini di questo provvedimento, **rientrano nei casi di elevata intensità di sostegno le sole persone** con disabilità motoria grave con un importante carico assistenziale e necessitano di maggiori supporti)

**per remunerare:**

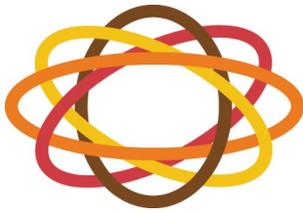
il costo ANNUO dei seguenti interventi attivi:

il/gli assistenti personali regolarmente assunti per N°  operatore per complessivo costo ANNUO pari a euro \_\_\_\_\_

servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni) per il costo complessivo ANNUO pari a euro \_\_\_\_\_  
forniti da \_\_\_\_\_

DICHIARA

**che la soluzione abitativa è composta da ( specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n.  persone di cui si elencano in tabella i nominativi , di contrassegnare con “X” chi fruisce dei diversi interventi attivi nell'alloggio e a chi fa capo la contrattualizzazione degli interventi. Per ciascuno membro si ALLEGA IL MODULO DI DICHIARAZIONE CONVIVENZA**



**PIANO DI ZONA**  
**Distretto Sociale Est Milano**

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

N°	MEMBRI GRUPPO	FRUIZIONE SERVIZIO		CONTRATTUALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI
	Cognome e Nome	Assistente familiare	Assistenza Tutelare/educativa o di natura sociale	
1				
2				
3				
4				
5				

DICHIARA

Che la persona DESTINATARIA DELL'INTERVENTO per cui viene richiesta la misura:

sostiene spese mensili pari a euro \_\_\_\_\_ di cui la quota mensile a carico del richiedente è pari a euro \_\_\_\_\_ per la quota percentuale di % per l'intervento rivolto a suo favore di:

assistente personale regolarmente assunto

servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi

risulta beneficiaria:

del Voucher Inclusione disabili

del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma:

Misura B1 FNA: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ MENSILE

Misura B2 FNA: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ MENSILE

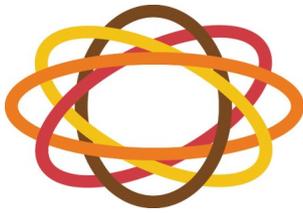
Sostegni forniti con il Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI) € \_\_\_\_\_ MENSILE

Servizio Assistenza Domiciliare comunale (SAD);  Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

Frequenza di Centro Diurno Disabili (CDD);  Frequenza di Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA);

Frequenza di Centro Socio Educativo (CSE);

Sostegno "Ristrutturazione" del presente Programma;  Sostegno "Canone di locazione/Spese condominiali" del presente Programma;



**PIANO DI ZONA**  
**Distretto Sociale Est Milano**

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

**ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE**

- documentazione relativa all'assunzione/i e/o al contratto/i di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni del personale regolarmente assunto o in caso di assunzione tramite Ente terzo settore Gestore copia del contratto di servizio con descrizione del monte ore settimanale erogato e ultima fattura;
- Documentazione attestante il costo dei servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi
- eventuali patti di suddivisione oneri e il **MODULO DI DICHIARAZIONE CONVIVENZA**

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 Disabilita' Grave Prive Di Sostegno Familiare – Dopo Di Noi – L. 112/2016 Dgr 275/2023 e nel Modulo Istanza