

Al Comune di \_\_\_\_\_  
SEDE

All'Ufficio di Piano del Magentino  
Piazza Formenti 1  
Magenta

**DOMANDA PER L'ACCESSO AI CONTRIBUTI PER I SOSTEGNI A FAVORE DI PERSONE CON  
NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO (DISABILITA' GRAVE) PRIVI DEL SOSTEGNO FAMILIARE-  
DOPO DI NOI- L.N. 112/2016 – PREVISTI DALLA D.G.R. 2912/2024 DI REGIONE LOMBARDIA**

Il sottoscritto

Cognome		Nome			
Indirizzo residenza					
CAP		Comune		Prov.	
Telefono		Cellulare			
email					
codice fiscale					
Comune di Nascita		Prov.			
Nazione di Nascita		Data di Nascita	/ /		
Cittadinanza (Nome Stato)					

**RICHIEDE**

In qualità di

- Beneficiario
- Familiare
- ADS/Tutore/Rappresentante Legale  
.....
- Rappresentante legale dell'Ente /Associazione: indicare denominazione  
.....

Sede .....Tel.....

Mail ..... P.IVA .....

**BENEFICIARIO** (compilare solo se diverso dal richiedente)

COGNOME: _____
NOME: _____
NATO A: _____ IL _____
CODICE FISCALE: _____
COMUNE DI RESIDENZA: _____
INDIRIZZO: _____
TELEFONO: _____
E-MAIL _____

**CHIEDE**

I seguenti sostegni :

**Sostegno Accompagnamento all'Autonomia**

- fase di avvio
- fase intermedia
- fase conclusiva

**Supporto alla Residenzialità**

- Gruppo appartamento con Ente gestore
- Gruppo appartamento autogestito
- Soluzione abitativa in Cohousing/Housing

**Contributo per spese condominiali o canoni di locazione**

**Contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche, messa a norma di impianti, adattamenti domotici**

**Ricovero di Pronto intervento/Sollievo**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

### **DICHIARA**

di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- età compresa tra i 18 e i 64 anni
- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92
- di non usufruire di misure incompatibili, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto, come specificato nell'Avviso.

Dichiara altresì di trovarsi in una delle seguenti condizioni che determina priorità d'accesso:

- persona con necessità di sostegno intensivo (disabilità grave), mancante di entrambi i genitori
- persona necessità di sostegno intensivo (disabilità grave) i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario
- persona con necessità di sostegno intensivo (disabilità grave), inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'articolo 3, comma 4 DM 23/11/2016.

dichiara inoltre:

- di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda, qualora ammessa, prevede il coinvolgimento del beneficiario e della sua famiglia alla valutazione multidimensionale e alla progettazione attuate da un'équipe composta da assistente sociale del Comune e professionisti appartenenti all'ASST;
- di dare tempestiva comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza del diritto di assegnazione del sostegno all'Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall'evento stesso;

Il sottoscritto oppure il rappresentante/ADS dichiara di essere a conoscenza che l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei

controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti.

**Si allega:**

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92
- ISEE socio sanitario del beneficiario

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Comune di Magenta, in qualità di Capofila del Piano di Zona.

La finalità del trattamento dei dati è: l'esame delle istanze per l'assegnazione del sostegno a carico del Fondo Dopo di Noi, la rilevazione del debito informativo nei confronti di ATS Milano Città Metropolitana, Regione Lombardia e MLPS secondo quanto previsto dalla D.G.R. 3404/2020 di Regione Lombardia che ne rappresenta la base giuridica del trattamento dei dati.

Nell'ambito dell'esame delle istanze, l'Ufficio di Piano si impegna a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 ("GDPR") mediante l'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria dell'istanza presentata e per le formalità ad essa connesse.

I diritti spettanti all'interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

I dati potranno essere comunicati a: ATS Milano Città Metropolitana, ASST Ovest Milanese, Regione Lombardia, MLPS e Comuni dell'Ambito territoriale del Magentino.

Il Titolare del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di Magenta, Capofila del Piano di Zona, con sede in Magenta (MI), Piazza Formenti 3. E' possibile contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente indirizzo di posta elettronica: [privacy@comune.magenta.mi.it](mailto:privacy@comune.magenta.mi.it).

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma per esteso e leggibile per presa visione \_\_\_\_\_