



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

“OVEST SOLIDALE”

Area amministrativa e gestionale

(Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO

INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE

Ai sensi della L. N. 112/2016 “DOPO DI NOI” – Dgr n. 4749/2021

(modello C – RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO)

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario
del beneficio nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
Tel. _____ e-mail: _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____
Tel. _____ e-mail: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio

sig./sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____
Tel. _____ e-mail: _____

Chiedo di poter attivare un progetto individuale relativo ad **INTERVENTI GESTIONALI**
previsti nel Dopo di Noi:

☐ Ricoveri di sollievo/pronto intervento (interventi di permanenza temporanea in



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "OVEST SOLIDALE"

Area amministrativa e gestionale

(Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato)

soluzione abitativa extra-familiare)

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 soggettivi di ammissibilità a tal fine 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 altre misure, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto.

Dichiara altresì di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- ☐ persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori:
- ☐ persona con 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:

CONTESTUALMENTE DELEGA

L'Azienda Speciale Consortile Ovest Solidale a liquidare il contributo direttamente alla struttura ospitante.

Si allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

“OVEST SOLIDALE”

Area amministrativa e gestionale

(Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato)

- codice fiscale del beneficiario
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST e del Comune di residenza.

Luogo e data

Firma