***AMBITO TERRITORIALE SOCIO- ASSISTENZIALE N. 3 MEDIA VALLE CRATI***

COMUNI

**MONTALTO UFFUGO CAPOFILA**-BISIGNANO-CERZETO-LATTARICO-LUZZI-

ROTA GRECA-SAN BENEDETTO ULLANO-SAN MARTINO DI FINITA-TORANO

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Programma operativo Regionale “Dopo di noi” D.G.R. 296 del 30.6.2017

**Istanza di valutazione per l’accesso alle misure**

Al Comune di

Il sottoscritto (cognome e nome) Nato a il Residente a CAP Provincia Via n. Email tel. Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio (se diverso da residenza)

 DIRETTO INTERESSATO

In qualità di

 FAMIGLIARE - Grado di parentela \_

**Ovvero di**

 TUTORE nominato con decreto n. del

 CURATORE nominato con decreto n. del \_ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. del \_

Del sig. Nome e Cognome

Nato a il Sesso M/F Residente a CAP Prov. Via Tel.

E-mail \_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

**CHIEDE**

**L’accesso alle misure previste dalla DGR 296/2017, come di seguito riportato:**

(Barrare le misure che si intende richiedere)

**Interventi infrastrutturali:**

**TIPOLOGIA A** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 1)

- Voucher per accompagnamento all’autonomia

- Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia

**TIPOLOGIA B** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 2)

- Sostegno al pagamento del canone di locazione

- Sostegno al pagamento delle spese condominiali

**TIPOLOGIA C** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 3)

- Voucher per gruppo appartamento con Ente Gestore

- Contributo per gruppo appartamento autogestito

- Buono mensile per cohousing/housing

**TIPOLOGIA D** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 4)

- Interventi di eliminazione di barriere architettoniche

- Messa a norma impianti

- Adattamenti domotici

**TIPOLOGIA E** (compilare scheda analitica specifica – Allegato 5)

- Contributo pronto intervento

**DICHIARA**

**La presenza dei requisiti di seguito elencati**

 Presenza di grave disabilità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992, non

determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

 Età compresa fra i 18 ed i 64 anni;

 Assenza del sostegno familiare in quanto mancanti entrambi i genitori, o perché gli stessi non sono in grado di fornire l’adeguato sostegno genitoriale, o ancora perché in prospettiva si considera il venir meno del loro sostegno.

**Si allega scheda analitica specifica delle misure indicate e per cui si chiede l’attivazione.**

Data e luogo

Firma

**Estratto di informativa relativa alla Privacy**

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all’Ufficio di Piano territorialmente competente e a Regione Calabria.

L’informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi

Enti che partecipano all’erogazione dei servizi.

Data e luogo

Firma