COMUNITÀ MONTANA VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO DI ZONA 2021/2023

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO - CARONA CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO DOSSENA - FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDO – MOIO DE' CALVI - OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE ORNICA – PIAZZA BREMBANA – PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO - SAN PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA TALEGGIO - UBIALE CLANEZZO - VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA VALTORTA VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Bergamo

MODULO DI DOMANDA DI RICHIESTA
PER INTERVENTI INFRASTRUTTURALI
IN FAVORE DI PERSONE DISABILI PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE AI SENSI DELLA MISURA DOPO DI NOI (DGR 275/2023) - ANNUALITA' 2023

Il/la sottoscritto/a (*Cognome/Nome*) _____ nato/a a_____prov. _____ il _____

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

in qualità di:

❑ Genitore (o soggetto privato)

❑ legale rappresentante dell'Ente pubblico/privato _____
con sede in via _____ n._____ a _____
cap._____tel_____mail_____P.iva/C.F_____

CHIEDE che venga erogato un voucher/buono a favore del/i beneficiari/o per la seguente tipologia d'intervento:

1. **Spese per adeguamenti per la fruibilità dell'ambiente domestico** domotica e/o riattamento degli alloggi e per la messa a norma degli impianti, la telesorveglianza o teleassistenza, buono max.€.20.000 (e cmq non oltre il 70% del costo intervento) con vincolo destinazione per anni 5.
   Con possibilità di nuovo contributo per sopraggiunte esigenze dei co-residenti massimo 40.000 € a unità immobiliare.

2. **Contributo ai costi della locazione, spese condominiali e utenze;**
   - **Contributo mensile fino a € 500** per unità abitativa a sostegno del canone di locazione/utenze, comunque non superiore all'80% dei costi complessivi.
   - **Contributo annuale fino ad un massimo di € 2.000,00** per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali, comunque non superiore all'80% del totale spese.

Che l'importo complessivo del contributo richiesto per la misura n_____ come sopra indicato è di €_____(Max.20.000€.) non superiore al _____ del costo dell'intervento pari ad €_____, che ha le seguenti finalità:

❑ eliminazione delle barriere architettoniche;
❑ migliorare la fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche;
❑ messa a norma degli impianti
❑ sostegno del canone locazione/utenze
❑ sostegno delle spese condominiali

DICHIARA (a cura del legale rappresentante) di essere in possesso dei seguenti requisiti:

❑ comprovata esperienza nel campo dell'erogazione di servizi o attività a favore di persone con disabilità e delle loro famiglie di almeno 2 anni come previsto da Decreto n. 8196/2017 *(Per gli Organismi del Terzo Settore)*;
❑ di essere iscritto al rispettivo registro provinciali/regionali al n_____;

- ❑ di non avere in corso condanne penali o procedimenti penali;
- ❑ l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi di Banca d'Italia (Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 - 14° aggiornamento);

DICHIARA ALTRESI':

- ❑ di aver individuato precedentemente il/i disabile/i da inserire nell'immobile per il quale si chiede il contributo per interventi infrastrutturali con i requisiti richiesti dal bando e così come definito nel PI allegato;
- ❑ che gli immobili/unità abitative oggetto degli interventi di cui al presente atto non possono essere distolti dalla destinazione per cui è stato presentato il progetto né alienati per un periodo di almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo; *(salva apposita autorizzazione della Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 25 della L.R. n. 3/2008*).
- ❑ di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato.

CHIEDE che Il contributo sia erogato su conto corrente bancario/postale intestato a_____

C/o la Banca/Posta di_____ Filiale_____

C. IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Si allegano alla presente:

- ❑ Certificazione attestante la disabilità (art.3 comma 3 L.104/1992);
- ❑ Scheda anagrafica health portal del beneficiario;
- ❑ Attestazione ISEE socio sanitario (in corso di validità);
- ❑ Schede di valutazione ADL/IADL e fragilità sociale;
- ❑ Progetto Individualizzato
- ❑ Copia di documento d'identità del beneficiario o del richiedente (se distinto);
- ❑ Copia di nomina del tutore/curatore ecc. (se presenti).
- ❑ Modulo per l'espressione formale del consenso informato per il trattamento dei dati personali, firmato