



ALGUA - AVERARA - BLELLO - BRACCA - BRANZI - CAMERATA
CORNELLO - CARONA - CASSIGLIO - CORNALBA - COSTA SERINA
CUSIO DOSSENA - FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA - LENNA - MEZZOLD
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



COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA

ENTE GESTORE PIANO DI
ZONA 2018/2020

**MODULO DI DOMANDA PER RICHIESTA INTERVENTI GESTIONALI IN FAVORE DI PERSONE
DISABILI PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE AI SENSI DELLA MISURA DOPO DI NOI (DGR
6218/2022) – RISORSE ANNUALITÀ 2022**

Al Servizio sociale della sede di.....

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in via _____ n. _____ Comune di _____
cap. _____ domicilio (da compilare solo se diverso dalla residenza)

c/o _____ in _____

via _____ Comune _____ Cap _____

Tel. _____ mail _____

☐ in qualità di diretto interessato/beneficiario

OPPURE

In qualità di:

☐ Genitore

☐ Tutore/ Curatore

☐ Amministratore di Sostegno

Del Beneficiario:

nome.....cognome.....(per i restanti
dati vedere anagrafica health portal allegata)

CHIEDE che venga erogato un voucher/buono a favore del beneficiario per la seguente prestazione (come
da bando):

1. Voucher autonomia;
2. Voucher "Durante noi";
3. Supporto alla domiciliarità - gruppi in appartamento con ente gestore;
4. Supporto alla domiciliarità - gruppi in appartamento autogestito;
5. Buono mensile Cohousing/Housing;
6. Comunità alloggio sociali e socio sanitarie;
7. Pronto intervento

Che l'importo complessivo del contributo/voucher richiesto per la misura n..... come sopra indicata è di
€..... per il periodopresso la
struttura.....

A M B I T O T E R R I T O R I A L E V A L L E B R E M B A N A

DICHIARA (a cura del diretto interessato o di chi ha fatto domanda) di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- ☐ di essere residente in uno dei 37 Comuni dell'Ambito Territoriale Valle Brembana;
- ☐ in caso di cittadini stranieri extra UE: di essere in possesso del permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, come previsto dall'art. 41 del D.Lgs. 25/07/1998 n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero";
- ☐ di essere in possesso della certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992 (accertata ai sensi dell'art.4 della medesima legge);
- ☐ di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- ☐ che l'Attestazione del valore I.S.E.E. socio-sanitario risulta non superiore a € 22.000 come previsto dal DCPM 159/2013 - (*vedere copia allegata*);
- ☐ 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 Buono/voucher è da erogare su conto corrente bancario/postale intestato al:

- ☐ Beneficiario
☐ Tutore/amministratore di sostegno
☐ Ente gestore/terzo settore che realizza l'intervento

C/o la Banca/Posta di	Filiale
-----------------------	---------

C. IBAN:

[illegible]

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 ED ESPRESSIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____,
residente in _____ Via _____ n. _____, cap _____, e-
mail _____ C.F. _____

Preso atto dell'informativa di cui agli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/69;

- ☐ dà il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e allega copia del proprio documento d'identità;
- ☐ nega il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali chiedendone la cancellazione dai vostri archivi.

Luogo e data Firma

Si allegano alla presente:

- 📄 Certificazione attestante la disabilità (art.3 comma 3 L.104/1992);
- 📄 Scheda anagrafica health portal
- 📄 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).