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

Regione Lombardia

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

COMUNITÀ MONTANA VALLE BREMBANA

ENTE GESTORE PIANO DI ZONA 2021/2023

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 6218/2022)- ANNUALITA' 2022

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 (come da allegato PI) per la seguente tipologia d'intervento (come da bando)**:**

AREE INTERVENTO	N. INT	TIPOLOGIA INTERVENTI	IMPORTO MAX. TITOLO SOCIALE ANNUO (voucher/buoni)	RIPORTARE INTERVENTO RICHIESTO	INCOMPATIBILITA'/ CUMULABILITA'
INTERVENTI INFRASTRUTTURALI	B1	1)eliminazione barriere; 2) messa a norma impianti; 3) adattamenti domotici	buono max.€.20.000 (e cmq non oltre il 70% del costo intervento) con vincolo destinazione per anni 5		contributo L.23 art.4 commi 4 e 5
	B2	4) canoni di locazione	BUONO max.5.100/anno (pari a €. 300/mese per unità abitativa, cmq non oltre 80% spese abitativa). Il contributo NON è per l'Ente erogatore, ma per la persona disabile che vive in residenzialità autogestita o in soluzione di cohousing/housing		cumulabili tra loro cumulabili con gli interventi n. B1; con interventi Gestionali: Supporto alla domiciliarità - Gruppo appartamento autogestito e Supporto alla domiciliarità - buono mensile cohousing/housing
		5) spese condominiali	contributo max. 1.500 per unità abitativa		

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**.**

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 cosi 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 buono è da erogare su conto corrente bancario/postale intestato a_____

C/o la Banca/Posta di_____ Filiale_____

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

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 proprio 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 del beneficiario;
- ❑ Attestazione ISEE socio sanitario (in corso di validità);
- ❑ Progetto Individualizzato e allegate schede di valutazione ADL/IADL e fragilità sociale;
- ❑ Copia di documento d'identità del beneficiario o del richiedente (se distinto);
- ❑ Copia di nomina del tutore/curatore ecc.. (se presenti).