

*Convenzione per la gestione associata  
dei Servizi Socio Assistenziali Ambito di Bra*



Gestione Associata Intercomunale  
Servizi Sociali Distretto di Bra  
c/o Comune di Bra  
Servizi Sociali  
P.zza Caduti Libertà, 14  
12042 BRA - CN

**L. 112/2016 ("Dopo di noi"). Istanza per l'assegnazione di contributi finalizzati alla realizzazione di interventi e servizi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Fondi Ministeriali annualità 2019, di cui alla D.D. n. 1435/2020 del 09.08.2019 e alla D.G.R. 5-1324 del 8.5.2020 della Regione Piemonte.**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a BRA in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

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

tel. Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

E-mail certificata \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio diverso dalla residenza dove ricevere comunicazioni:

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Beneficiario                       Familiare                       ADS/Tutore/curatore
- Rappresentante Legale della ASSOCIAZIONE

**PRESENTA**

**istanza per l'accesso ai contributi finalizzati alla realizzazione di interventi e servizi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, ai sensi della L. 112/2016 ("Dopo di noi") - Fondi Ministeriali Annualità 2019.**

*A favore di: (compilare i sottostanti campi nel caso in cui il beneficiario non coincida con il sottoscrittore dell'istanza)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a BRA in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

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

tel. Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

E-mail certificata \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio diverso dalla residenza dove ricevere comunicazioni:

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

*oppure*

**per conto della Associazione** \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

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

E-mail \_\_\_\_\_

E-mail certificata \_\_\_\_\_

INDICA LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INTERVENTO

- a) Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine, ovvero per la de istituzionalizzazione, di cui all'art. 3, c. 2 e 3, D.M. 23.11.2016 e s.m.i.
- b) Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3, c. 4, D.M. 23.11.2016 confermato dal D.M. 21.06.2017
- c) Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana (art. 3, c. 5, D.M. 23.11.2016 e s.m.i. ), anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (art. 3, c. 6, DM 23.11.2016 e s.m.i.).
- d) Interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'art. 3, c. 7, D.M. 23.11.2016 e s.m.i.

a tal fine, **DICHIARA**

*(Dichiarazioni da rendere nel caso di intervento richiesto a favore di persona fisica.*

*Nel caso di interventi promossi da Soggetti aventi personalità giuridica e di cui alla tipologia di intervento prevista dalla suindicata lettera c), ex art. 3, c. 5, D.M. 23.11.2016, non occorre compilare i sottoelencati campi di autocertificazione)*

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che

- che la persona destinataria dell'intervento residente nel Comune di ..... è **disabile grave** ai sensi della **Legge 104/92 art.3 c.3** e che la stessa è regolarmente soggiornante in Italia;

- che la persona disabile grave per cui si chiede l'intervento è in possesso di una attestazione Isee socio-sanitario di € \_\_\_\_\_;

- che la persona disabile grave per cui si chiede l'intervento:

Frequenta il centro diurno \_\_\_\_\_  
*oppure*

Non frequenta alcun centro diurno

- che la persona disabile grave per cui si chiede l'intervento:

E' titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico o di essere in attesa degli stessi.

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NON e' titolare di altri servizi o contributi erogati dall'Ente Pubblico

- che nel nucleo familiare della persona disabile grave per cui si chiede l'intervento:

sono presenti altri componenti in condizioni di fragilità:

\_\_\_\_\_

- che la persona disabile grave per cui si chiede l'intervento:

E' ricoverato presso struttura residenziale; se sì quale

Non e' ricoverato presso struttura residenziale.

**Breve descrizione delle motivazioni per cui si chiede l'intervento (da compilare obbligatoriamente) :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- che qualora la presente istanza venga favorevolmente accolta, il contributo potrà essere versato sul CC:  
IBAN:

---

#### ALLEGA

La/Il sottoscritto/o allega alla domanda la seguente documentazione:

- Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario se non coincidenti;
- Copia dell'eventuale Provvedimento di protezione giuridica che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile
- Copia del codice fiscale del/la beneficiario/a;
- Copia della certificazione disabilità grave ai sensi della legge 104/92 art. 3 C.3;
- Attestazione ISEE socio-sanitario del richiedente in corso di validità;
- Copia del titolo di soggiorno per i cittadini stranieri.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma della/del dichiarante

---

#### **Informativa trattamento dati personali**

Si informa che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati forniti saranno trattati dal Comune di Bra esclusivamente per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Bra, con sede in Piazza Caduti per la Libertà, 14. Per prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali in formato esteso si rimanda al sito istituzionale del Comune di Bra, nella pagina "Privacy e Cookie" (link diretto <https://comune.bra.cn.it/privacy>).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma della/del dichiarante

---