



**l'accesso alle misure previste dalla DGR 4749/2021, come di seguito riportato:**  
(Barrare le misure che si intende richiedere)

➤ **Interventi infrastrutturali:**

**TIPOLOGIA A**

- Contributo per l'adeguamento dell'ambiente domestico (domotica, riattamento alloggi e messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)

**TIPOLOGIA B**

- Contributo ai costi della locazione e spese condominiali

➤ **Interventi gestionali:**

**TIPOLOGIA C**

- C.1. Voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia incrementabile con:  
 C.2. Voucher annuo per consulenza e sostegno alla famiglia

**TIPOLOGIA D**

- D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento con ente gestore  
 D.2 Voucher per il supporto alla residenzialità autogestita  
 D.3 Buono mensile per cohousing/housing

**TIPOLOGIA E**

- Contributo per ricoveri in pronto intervento

**A tal fine**

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;
- consapevole che i diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi hanno facoltà di controllare presso gli uffici preposti la veridicità delle dichiarazioni e/o di contattare le famiglie per acquisire informazioni sulla domanda e sul progetto in atto;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**La presenza dei requisiti di seguito elencati per la persona per cui presenta la richiesta**

- 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 il richiedente è mancante di 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;

**Inoltre DICHIARA**

- Che i documenti allegati in fotocopia non sono stati revocati, sospesi o modificati;
- Di essere a conoscenza e di accettare che l'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda sarà utilizzato per le comunicazioni da parte dei diversi enti che partecipano all'erogazione dei servizi.
- Che la persona per cui si presenta domanda si trova nella seguente situazione familiare:
  - entrambi i genitori e almeno un fratello/sorella;
  - coniuge / convivente e figli;
  - entrambi i genitori;
  - coniuge / convivente;
  - un solo genitore e almeno un fratello/sorella;
  - un solo genitore;
  - almeno un fratello;
  - solo;

specificare ulteriori informazioni rilevanti sulla situazione familiare (es malattie invalidanti, carichi familiari, ...)

---



---



---

Frequenta la seguente struttura diurna \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ gestita da \_\_\_\_\_

Frequenta la seguente struttura residenziale \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ gestita da \_\_\_\_\_

### **ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE**

- Verbale d'invalidità da cui si evince la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n.104/1992;
- Carta d'identità beneficiario e ove necessario del curatore/tutore/amministratore di sostegno;
- Modulo allegato relativo alla tipologia di sostegno richiesto A, B, C, D o E;
- ISEE socio sanitario in corso di validità;

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I dati personali raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati).

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia A**  
**Domanda di accesso al contributo per interventi di adeguamento dell'ambiente domestico**

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

**DICHIARA**

Che gli interventi strutturali per cui si richiede contributo si realizzeranno presso (barrare le voci che interessano):

- Gruppo appartamento, soluzione abitativa di cohousing/housing:**  
(specificare di seguito)
- di proprietà della famiglia della persona disabile grave o messo a disposizione da reti associative dei famigliari;
  - di proprietà dell'Ente pubblico;
  - di edilizia popolare;
  - di proprietà di Ente privato no profit ONLUS
- L'abitazione della persona disabile grave (se in condivisione con altra persona con disabilità) messa a disposizione per la realizzazione degli interventi di cui al presente programma. Compilare MODELLO 1**

**DICHIARA INOLTRE**

- di essere proprietario/titolare dell'appartamento sito a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_  
Codice catastale \_\_\_\_\_  
di cui si allega planimetria.
- di essere disponibile a costituire vincolo di destinazione d'uso quinquennale (a partire dalla data di assegnazione del contributo) in conformità al progetto di utilizzo presentato;
- di non essere beneficiario di ulteriori contributi a carico di risorse regionali/nazionali per la stessa tipologia di intervento;
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla presentazione di specifico progetto nel quale siano esplicitati:
1. il costo complessivo dell'intervento per cui si richiede il contributo declinato nelle seguenti voci: - miglioramenti dell'accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche – miglioramenti della fruibilità dell'ambiente anche con soluzioni domotiche – messa a norma degli impianti (ove possibile corredare con preventivo dettagliato);
  2. tempi di attuazione;
  3. numero di posti previsti e nominativi di utenza prevista – almeno 2 persone già identificabili;
  4. eventuale crono-programma dei nuovi successivi inserimenti.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I dati personali raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia B**  
**Domanda di accesso ai contributi per il pagamento del canone di locazione e delle  
spese condominiali.**

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

**CHIEDE**

sulla base della DGR 4749/2021, l'accesso ai contributi di seguito riportati (*si precisa che le due misure sono fra loro compatibili*):

- Contributo mensile per unità abitativa a sostegno del canone di locazione;
- Contributo annuale per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali;

e a tal fine

**DICHIARA**

(barrare le voci di interesse)

Che la persona per cui viene richiesta la misura:

- vive in gruppo appartamento presso l'appartamento sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ in condivisione con (*specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente*) n. [\_\_] altri domiciliati/residenti/ospiti per ciascuno dei quali **si allega specifica dichiarazione secondo il modello 1**;
- vive in soluzioni di housing/cohousing risultante come housing/cohousing in base alla documentazione allegata.
- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (*cancellare le voci che non interessano*) dell'appartamento sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ con contratto d'affitto intestato a \_\_\_\_\_ (*specificare il rapporto col richiedente*) \_\_\_\_\_ per il quale corrisponde un importo mensile del canone di locazione pari a € \_\_\_\_\_ corrispondenti al [\_\_][\_\_][\_\_]%. **Allegare il contratto di locazione ed eventuali patti di suddivisione oneri.**
- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (*cancellare le voci che non interessano*) dell'appartamento sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

con contratto d'affitto intestato a \_\_\_\_\_  
(specificare il rapporto col richiedente) \_\_\_\_\_ che  
presenta le spese condominiali annue pari a € \_\_\_\_\_ **di cui si allega copia**, per le  
quali concorre alla copertura in ragione del [\_][\_][\_]%. **Allegare le spese condominiali  
preventivo anno corrente ed eventuali patti di suddivisione oneri.**

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I dati personali raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia C**  
**Domanda di accesso al voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia e**  
**consulenza e sostegno alla famiglia**  
 Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

**CHIEDE**

Sulla base della DGR 4749/2021, per promuovere percorsi orientati all'acquisizione di livelli di autonomia finalizzati all'emancipazione dal contesto familiare (o alla deistituzionalizzazione):

l'accesso al voucher annuale fino ad € 4.800,00 – tipologia C.1

incrementabile con:

l'accesso al voucher annuo fino ad € 600,00 per consulenza e sostegno alla famiglia – tipologia C.2

**(N.B. i due interventi sono compatibili tra loro)**

Finalizzati a realizzare:

- accoglienza in "alloggi/palestra" e/o altre formule residenziali, con priorità per quelle con i requisiti previsti dal DM per sperimentare le proprie abilità al di fuori dal contesto d'origine;
- esperienze di soggiorni extra-familiari per sperimentare l'allontanamento dal contesto d'origine nel quadro di un intervento documentato a sviluppo delle autonomie. Non sono ammessi soggiorni di vacanza ricreativa.

A tale fine:

<b>DICHIARA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
di essere accolto in struttura residenziale della rete sociosanitaria o sociale			incompatibile
di accedere ai sostegni "supporto alla residenzialità del presente programma" (misure D.1, D.2, D.3).			
<b>di frequentare un servizio diurno:</b>			compatibile
CDD di _____			
CSE di _____			
SFA di _____			
<b>di accedere alle seguenti misure:</b>			
Misura B1 e B2 FNA per chi attiva un progetto di dopo di noi			
PRO.VI. (PROGETTI VITA INDIPENDENTE)			
Servizio di Assistenza domiciliare (SAD)			
Assistenza domiciliare integrata (ADI)			

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I dati personali raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia D**  
**Domanda di accesso alle misure a sostegno della domiciliarità in soluzioni  
alloggiative.**

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

**CHIEDE**

Sulla base della DGR 4749/2021, l'accesso ai contributi di seguito riportati:

- D.1 Voucher per il supporto alla residenzialità in gruppo appartamento o comunità alloggio "temporanea" con Ente Gestore;
- D.2 Contributo per il supporto alla residenzialità autogestita in gruppo appartamento per almeno 2 persone con disabilità;
- D.3 Buono mensile per sostenere le esperienze di housing/cohousing.

e a tal fine

**DICHIARA**

**PER LA MISURA D.1:**

- Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (*cancellare le voci che non interessano*) presso la struttura denominata

\_\_\_\_\_

ubicata in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

gestita da \_\_\_\_\_

Con retta sociale a carico del richiedente o del Comune pari a € \_\_\_\_\_ mese.

**Si allega dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.**

**OPPURE**

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- Di non essere beneficiario del Buono per accompagnamento alla vita indipendente (Misura B2 FNA);
- Di non avere in essere interventi legati alle sperimentazioni in materia di Vita indipendente;
- Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- Di non beneficiare del Servizio di Assistenza Domiciliare comunale (SAD);
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

**PER LA MISURA D.2:**

- Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (*cancellare le voci che non interessano*) presso l'appartamento sito in \_\_\_\_\_ via

\_\_\_\_\_ In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [\_\_] persone per ciascuna delle quali **si allega dichiarazione secondo il modello 1;**

**OPPURE**

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- Che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili \_\_\_\_\_ per l'assunzione di n. [\_\_] assistenti personali e/o per la fruizione dei servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da \_\_\_\_\_  
**(allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni)** di cui la quota a carico del richiedente è pari a [\_\_][\_\_][\_\_]%
- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € \_\_\_\_\_.
- Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

**PER LA MISURA D.3:**

- Che la persona per cui viene richiesta la misura è domiciliata/residente/ospite (cancellare le voci che non interessano) presso l'appartamento sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ Risultante in cohousing/housing dalla documentazione allegata, In condivisione con (specificare il numero complessivo di ospiti escluso il richiedente) n. [\_\_] persone per ciascuna delle quali **si allega dichiarazione secondo il modello 1;**

**Qualora gestita da un Ente si allega dichiarazione dell'Ente gestore circa la disponibilità a attivare le procedure necessarie al riconoscimento di Struttura sperimentale ai sensi della Legge Regionale 3/2008 o provvedimento di riconoscimento della struttura quale unità di offerta sperimentale.**

**OPPURE**

- che vi è la prospettiva di un prossimo inserimento nelle citate tipologie di residenzialità;
- Che la persona per cui viene richiesta la misura sostiene le seguenti spese mensili \_\_\_\_\_ per l'assunzione di n. [\_\_] assistenti personali e/o per la fruizione dei servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da \_\_\_\_\_

**(allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni)** di cui la quota a carico del richiedente è pari a [ ][ ][ ]%

- Di sostenere spese per assistenti personali regolarmente assunti o servizi di assistenza tutelare/educativa o sociale per un totale annuo pari a € \_\_\_\_\_;
- Di non essere titolare del voucher inclusione disabili;
- Di non beneficiare del voucher per percorsi di accompagnamento all'autonomia del presente Programma.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I dati personali raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE – Tipologia E**  
**Domanda di accesso agli interventi di pronto intervento.**  
Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

ad integrazione dell'istanza di valutazione presentata

**CHIEDE**

Sulla base della DGR 4749/2021, l'accesso al contributo giornaliero fino ad un massimo di € 100,00 commisurato al reddito familiare, per ricovero di pronto intervento, per massimo 60 giorni, per sostenere il costo della retta assistenziale presso (*barrare la tipologia che interessa e indicare il nome della realtà/struttura*):

- Le tipologie di residenzialità previste dal presente Programma \_\_\_\_\_
- Comunità Alloggio \_\_\_\_\_
- Comunità Socio-sanitarie \_\_\_\_\_
- Residenze Sanitarie per Disabili \_\_\_\_\_

e a tal fine

**DICHIARA**

*(Barrare le voci che interessano)*

- Che la persona si trova in situazione di emergenza determinata da:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Che la retta sociale a carico del richiedente o del Comune è pari a € \_\_\_\_\_ al mese
- Che la condizione di emergenza pregiudica la possibilità di mettere in atto i supporti necessari a garantire la permanenza della persona presso il proprio contesto di vita;
- Che la persona non è inserita gratuitamente presso unità d'offerta socio-sanitarie accreditate.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I dati personali raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati)

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODELLO 1 - ALLEGATO ALL'ISTANZA DI VALUTAZIONE**  
**Dichiarazione di convivenza in gruppo appartamento o soluzione di housing cohousing**

Programma operativo regionale "Dopo di Noi" DGR 4749/2021

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

**Ovvero di**

FAMILIARE grado di parentela \_\_\_\_\_

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 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

- consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art 71 del DPR 445/00;
- consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art 76 del DPR 445/00 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza da benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera;

sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

che (cognome nome) \_\_\_\_\_

- ha ottenuto la certificazione di handicap grave ex art. 3 comma 3 della legge 104/92 nella seduta del \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ **che si allega;**
- vive in gruppo appartamento con \_\_\_\_\_
- vive in cohousing/housing nello stesso appartamento con \_\_\_\_\_

<b>compilare se è stata richiesta la misura B</b>
---

- risulta conduttore/co-conduttore/ospite/residente/domiciliato (cancellare le voci che non interessano) dell'appartamento sito a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
con contratto d'affitto intestato a \_\_\_\_\_  
(specificare il rapporto col richiedente) \_\_\_\_\_  
per il quale corrisponde un importo mensile del canone di locazione pari a € \_\_\_\_\_  
corrispondenti al [\_][\_][\_] % e concorre alle spese condominiali in percentuale del [\_][\_][\_] %;
- ha richiesto contributo per l'abbattimento dei canoni di locazione di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di \_\_\_\_\_ Ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- non ha richiesto contributi per l'abbattimento dei canoni di locazione di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 per l'abbattimento dei canoni di locazione;
- ha richiesto contributo per l'abbattimento delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di \_\_\_\_\_ Ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- non ha richiesto contributi per l'abbattimento delle spese condominiali di detto alloggio a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 per l'abbattimento dei canoni di locazione.

<b>compilare se è stata richiesta la misura D</b>
---

- sostiene le seguenti spese mensili \_\_\_\_\_ per l'assunzione di n. [\_\_] assistenti personali e/o per la fruizione dei seguenti servizi tutelari/educativi o di natura sociale forniti da \_\_\_\_\_ **(allegare documentazione relativa all'assunzione e/o al contratto di servizio e ultimi 3 cedolini/fatturazioni)** di cui la quota a proprio carico è pari a [\_\_][\_\_][\_\_]%;
- ha richiesto contributo per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di \_\_\_\_\_ Ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- non ha richiesto contributi per "gruppo appartamento autogestito" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021
- ha richiesto contributo per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021 al Comune di \_\_\_\_\_ Ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- non ha richiesto contributi per "buono mensile cohousing/housing" a valere sulle misure della D.G.R. 4749/2021

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I dati personali raccolti dal Comune di \_\_\_\_\_ e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale di Desio e trasmessi all'ATS, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia saranno utilizzati esclusivamente per le operazioni relative al procedimento e in conformità al D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali) e del Regolamento Ue 2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati).

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_