

AL COMUNE DI

VIA _____

CAP _____ LUOGO (MN)

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E STESURA PROGETTO
PERSONALIZZATO

(ai sensi del D.M. 23/11/2016 E DELLA DGR. N.XI/4749/2021)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____
Codice Fiscale _____ Residente a _____
Via/ _____ n. _____
Telefono _____ e.mail _____

In caso di domanda redatta da terzi:

in qualità di:

- ☐ Genitore
- ☐ Familiare
- ☐ Esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____
Codice Fiscale _____ Residente a _____
Via/ _____ n. _____
Telefono _____ e.mail _____

con riferimento ai sostegni finanziati attraverso il Fondo “Dopo di Noi” – (Legge 112/2016)

CHIEDE

che la propria situazione venga sottoposta a Valutazione Multidimensionale ai fini della predisposizione o revisione, di comune accordo con il sottoscritto, del proprio progetto personalizzato redatto secondo le indicazioni della DGR. N.XI/4749/2021. A tal fine si chiede che tale richiesta venga inoltrata alla A.S.S.T. di Mantova.

Consapevole che l’accesso agli interventi è subordinato alla definizione di un Progetto personalizzato e che la tipologia di intervento sarà oggetto specifico di tale progetto, esprime il proprio interesse di massima per la seguente tipologia di sostegno:

- ☐ Accompagnamento all’autonomia
- ☐ Pronto intervento/Sollievo
- ☐ Supporto alla residenzialità

Segnala l'eventuale interesse a richiedere un contributo per i seguenti interventi strutturali relativi all'immobile/unità abitativa sito a _____

Via _____ n. _____

di proprietà di (Nome-Cognome) _____,

da destinare ad alloggio per il "Dopo di Noi":

- ☐ Eliminazione barriere, messa a norma impianti, adattamenti domotici,
- ☐ Canone locazione
- ☐ Spese condominiali

Segnala l'eventuale disponibilità:

- ☐ a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione (*specificare i nominativi di tali persone che contestualmente presentano la richiesta di valutazione*):

- ☐ _____,
- ☐ _____,
- ☐ _____,
- ☐ _____

Documentazione allegata:

- Copia del documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e di chi presenta la richiesta (se persona diversa),
- Copia del verbale di riconoscimento della condizione di disabilità grave (Legge n. 104/1992) rilasciato dall'INPS,
- Informativa per il consenso privacy sottoscritta ai sensi del regolamento UE 2016/679,
- Dichiarazione sostitutiva concernente la composizione del nucleo familiare (art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445),
- Autocertificazione requisiti minimi (art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445),
- Attestazione ISEE ordinario in corso di validità (facoltativo).

Luogo _____, lì _____

Firma
