

Al Comune di \_\_\_\_\_  
SEDE

All'Ufficio di Piano del Magentino  
Piazza Formenti 1  
Magenta

**DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI GESTIONALI  
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE  
ai sensi della DGR n. 6674/2017 di Regione Lombardia**

**RICHIEDENTE**

IL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

DELL' ENTE / ASSOCIAZIONE / COMUNE \_\_\_\_\_

CON SEDE LEGALE IN \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO**

Cognome e nome.....

Nato a ..... Il .....

Residente a ..... In via/piazza.....

CODICE ISCALE.....

ADS/TUTORE se presente.....

Frequenza:

Centro Diurno

SFA/ CSE

Centro frequentato.....

Dichiara che la persona

- ha età compresa tra i 18 e i 64 anni
- è in possesso di certificazione di gravità L. 104 (art. 3 comma 3)
- è privo di sostegno familiare in quanto:
  - Mancante di entrambi i genitori
  - I genitori non sono più in grado di garantire adeguato sostegno genitoriale
  - Il sostegno familiare non può essere garantito nel prossimo periodo

**INTERVENTO RICHIESTO:**

A)  **Sostegno accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare**

B)  **Sostegno alla residenzialità** per la seguente tipologia di alloggio:

**Gruppo appartamento con Ente gestore** Indirizzo \_\_\_\_\_

**Gruppo appartamento autogestito** Indirizzo \_\_\_\_\_

**Soluzione abitativa in Cohousing/Housing** Indirizzo \_\_\_\_\_

A favore di

persona già accolta

persona di nuovo accesso

C)  **Pronto Intervento**

Presso la seguente Struttura:

Denominazione.....

Ubicazione.....

Periodo di accoglienza.....

Costo giornaliero della retta assistenziale.....

Qualora la presente richiesta venga accolta, l'Ufficio di Piano del Magentino provvederà a liquidare l'importo riconosciuto sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

IBAN \_\_\_\_\_

CONTO CORRENTE INTESTATO A \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE DELL'INTESTATARIO \_\_\_\_\_

**Si allega:**

- documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92
- ISEE socio sanitario;
- Per richiesta di contributo "Sostegno alla residenzialità" allegare anche la documentazione attestante le spese mensili sostenute o previste per la remunerazione dell'assistente personale regolarmente assunto o i servizi di assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi.

.....li,.....

Firma del Legale rappresentante

\_\_\_\_\_  
Firma della persona destinataria degli interventi

dei familiari o dell'ADS o tutore

---