



**All'Ufficio di Piano
Comune di Abbiategrasso (MI)**

DOMANDA PER RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER EMERGENZA COVID 19 NELL'ATTUAZIONE DEI PROGETTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE FONDO DOPO DI NOI L.N. 112/2016 (D.G.R. n. 2912/2024)

Il sottoscritto:

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Eventuale indirizzo e-mail _____

In qualità di

Rappresentante legale dell'Ente/Associazione (denominazione)

con sede legale in _____ Via _____

tel. _____ Email _____ Pec _____

c.f./p.IVA | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

CHIEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER EMERGENZA COVID 19 NELL'ATTUAZIONE DEL PROGETTO A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE FONDO DOPO DI NOI L.N. 112/2016 (D.G.R. n. 2912/2024), a favore di:

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO DEL PROGETTO ATTUATO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Tipologia intervento attuato:

- A1) Voucher annuale Accompagnamento all'autonomia**

- A2) Interventi di supporto alla residenzialità in soluzioni alloggiative**
 - Voucher residenzialità con ente gestore**
 - Contributo residenzialità autogestita**
 - Buono mensile Cohousing/Housing**

L'entità del contributo e del buono è calcolata sulla base delle spese sostenute per remunerare il/gli assistenti personali regolarmente assunti e servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)

- A3) Ricovero di Pronto Intervento** (contributo giornaliero per massimo 60 giorni fino a € 100,00 per persona e comunque non superiore all'80% del costo della retta assistenziale)

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 46, 75, 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ✓ Di aver preso visione della DGR 2912/2024, delle Linee Operative e dell'Avviso pubblico per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare – Dopo di Noi L.N. 112/2016 e che sono posseduti i requisiti richiesti dallo stesso;
- ✓ Di aver sostenuto spese per contrastare l'emergenza legata al Covid 19 nell'attuazione del progetto sopra indicato:
 - ✓ Per un importo pari a € _____
 - ✓ Per la tipologia di spese specificata nella relazione allegata (a titolo esemplificativo e non esaustivo: mascherine, dispositivi per la protezione degli occhi, strumenti di controllo o igienizzanti, saturi metro, gel disinfettante, sanificazione e adattamento degli spazi, di cui si allegano i documenti giustificativi).

Data e Luogo _____ , _____

Firma del Richiedente/Rappresentante legale _____

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (Barrare)

- Fotocopia carta identità e codice fiscale del richiedente
- Relazione con specificato l'ammontare, il progetto individuale di riferimento, il periodo di riferimento e la tipologia delle spese considerate, gli estremi dei relativi atti di autorizzazione
- Documenti giustificativi

**DICHIARAZIONE
DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL CONFERIMENTO E TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto _____ in qualità di _____ dichiara inoltre di aver letto e compreso l'Informativa sulla privacy "Informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della gestione del Comune di Abbiategrasso ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 10 del decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 51" allegata all'Avviso pubblico ed esprime con la firma in calce (o digitale), il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Data e Luogo _____ , _____

Firma del Richiedente
