



Timbro protocollo Comune

**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. 4749/2021)**

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. 4749/2021), 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** (voucher fino a € 4.800,00 annuali a persona incrementabile di un valore annuo fino a € 600,00 per consulenza /sostegno alla famiglia)
- A2) Interventi di supporto alla residenzialità in soluzioni alloggiative**
  - Voucher residenzialità con ente gestore** (voucher mensile fino a € 500,00 per persona frequentante servizi diurni – voucher mensile fino a € 700 per persona non frequentante i servizi diurni)
  - Contributo residenzialità autogestita** (contributo mensile fino a € 600,00 a persona e comunque non superiore all'80% del costo del personale)
  - Buono mensile Cohousing/Housing** (Buono mensile di € 700,00 a persona, aumentabile sino a € 900,00 e comunque non superiore all'80% del costo del personale)
- 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 4749/2021 e dell'Avviso pubblico per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave, come definita dall'art. 3 comma 3 della L 104/1992, prive del sostegno familiare – Dopo di Noi L.N. 112/2016 (DGR 4749/2021) 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 € \_\_\_\_\_
  - ✓ Nell'annualità di riferimento: \_\_\_\_\_
  - ✓ 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).
- ✓ 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.

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (Barrare)**

- Fotocopia carta identità e codice fiscale del richiedente;
- Relazione con specificata l'ammontare, il progetto individuale di riferimento, il periodo di riferimento e la tipologia delle spese considerate.
- Documenti giustificativi

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente/Rappresentante legale**

\_\_\_\_\_