



**AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI**  
*Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio*  
Sede legale e Operativa: Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)  
Tel. 0344/30274 - Fax. 0344/70299  
Mail: [segreteria@aziendasocialeclv.it](mailto:segreteria@aziendasocialeclv.it); PEC: [asclv@pec.aziendasocialeclv.it](mailto:asclv@pec.aziendasocialeclv.it)  
P.I. 02945720130

**DOMANDA PER L'ACCESSO AI CONTRIBUTI PER GLI INTERVENTI  
INFRASTRUTTURALI  
DOPO DI NOI  
DGR 2912/2024**

**INTERVENTI INFRASTRUTTURALI-SOSTEGNI PER ADEGUAMENTO PER LA  
FRUIBILITÀ DELL'AMBIENTE DOMESTICO**

Il/La sottoscritto/a COGNOME E NOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
RESIDENZA A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_ E MAIL \_\_\_\_\_

**In qualità di**

DIRETTO INTERESSATO

**Ovvero di**

- FAMILIARE - Grado di parentela \_\_\_\_\_  
 TUTORE  
 CURATORE  
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Del signor COGNOME E NOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
RESIDENZA A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_ E MAIL \_\_\_\_\_

**Ovvero di**

legale rappresentante dell'ente gestore:

Denominazione \_\_\_\_\_

P.I.: \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_ E MAIL \_\_\_\_\_

## CHIEDE

l'accesso alla misura previste dalla DGR sul "Dopo di Noi" come di seguito riportato:

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

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00 di essere in possesso/ che il beneficiario è possesso dei seguenti requisiti:

- certificazione della **condizione di gravità legge 104/1992 art 3. comma 3;**  
 età compresa fra i 18 e 64 anni;  
 residenza in uno dei comuni dell'ambito territoriale di Menaggio;

Dichiara altresì:

- Indicatore ISEE* sociosanitario in corso di validità pari ad euro \_\_\_\_\_  
 proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

| <i>grado di parentela</i> | <i>cognome e nome</i> | <i>luogo e data di nascita</i> |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| beneficiario              |                       |                                |
|                           |                       |                                |
|                           |                       |                                |

- di essere privo del sostegno familiare in quanto (barrare la condizione):
- mancante di entrambi i genitori
  - i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
  - si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare

Dichiara altresì:

- di voler utilizzare il contributo richiesto per la realizzazione della residenzialità di cui al presente bando mettendo a disposizione la propria abitazione  
oppure
- di voler utilizzare il contributo richiesto per la realizzazione della residenzialità di cui al presente bando, per una soluzione abitativa di Cohousing/Housing, gruppo appartamento
- di non essere beneficiario di contributi a carico di risorse regionali/nazionali per la medesima tipologia di intervento;
- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nel "BANDO DOPO DI NOI per la realizzazione degli interventi a favore delle a favore delle persone con disabilità grave DGR 2912/2024 in attuazione della L.N. 112/2016
- di impegnarsi a non destinare l'immobile/unità abitativa ad uso diverso da quello del presente avviso per un periodo di **10 anni**;

di impegnarsi a presentare la documentazione tecnica che verrà richiesta (descrizione progettuale, piano dei costi...).

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

Firma \_\_\_\_\_

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. sociosanitario in corso di validità;
- certificazione di disabilità grave ai sensi dell'art 3. comma 3 della Legge 104/1992
- Documentazione clinica-sanitaria in merito alla diagnosi di invalidità;
- copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona con disabilità;
- Autocertificazione attestante il possesso dell'immobile e/o documentazione attestante la proprietà esclusiva dell'abitazione;
- Progetto tecnico-sociale con indicazione dei costi previsti (preventivo lavori).

**Il servizio sociale si riserva la possibilità di richiedere altra documentazione.**

Luogo e data .....

Firma .....