



**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 -Canone locazione/utenze/spese condominiali**

**Compilare in stampatello**

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 \_\_\_\_\_

*CHIEDE*

**l'accesso alle misure previste dalla DGR sul "Dopo di Noi" come di seguito riportato:**

**contributo mensile a sostegno degli oneri della locazione/utenze**

**contributo annuo a sostegno delle spese condominiali**

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 I.S.E.E.* 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

Tipologia di residenzialità in cui la persona è inserita: \_\_\_\_\_

Dichiara altresì:

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 presentare la documentazione tecnica che verrà richiesta (contratto di locazione e documentazione attestante la tipologia di appartamento/struttura in cui la persona è inserita)

nel caso di accoglimento della domanda, l'importo dovrà essere versato con accredito su conto corrente bancario

Intestatario conto \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Alla presente domanda si allegano:

Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;

- Attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità;
- certificazione della necessità di sostegno intensivo 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.
- Contratto di locazione dell'appartamento e documentazione attestante la tipologia di appartamento/struttura in cui la persona è inserita.

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

Luogo e data .....

Firma .....