



**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 ALLE RISORSE FINALIZZATE ALLA REALIZZAZIONE DEGLI  
INTERVENTI GESTIONALI  
DOPO DI NOI  
DGR 2912/2024**

**INTERVENTI GESTIONALI**

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 Bando "Dopo di Noi" come di seguito riportato:**

- Voucher "accompagnamento all'autonomia" per l'emancipazione dal contesto familiare  
ovvero per la deistituzionalizzazione  
 Voucher "durante noi": consulenza/sostegno alla famiglia

- Supporto alla residenzialità
  - Voucher per Gruppo appartamento o Comunità alloggio "temporanea" (come definito dalla DGR) con Ente gestore
  - Contributo per la residenzialità autogestita
  - Buono per soluzione di cohousing/housing
- Contributo per ricoveri temporanei in pronto intervento/sollievo in situazioni di emergenza (max. 60gg)

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:

- di frequentare il seguente servizio diurno sociale o socio-sanitario (CSE, CDD, SFA)\_\_\_\_\_
- di beneficiare delle seguenti misure/servizi (segnare con una croce nell'apposito spazio)
  - Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
  - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
  - Misura B1-B2 FNA: specificare \_\_\_\_\_
  - Misura Reddito di autonomia disabili
  - PRO.VI.
  - Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali specificare\_\_\_\_\_
  - Sostegni inerenti le misure "Dopo di noi" specificare\_\_\_\_\_
  - altro (specificare)\_\_\_\_\_
- 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

Che per il progetto collegato all'erogazione del voucher/buono/contributo che si intende realizzare è già stato individuato il seguente ente:

\_\_\_\_\_

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 essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale, realizzata in forma integrata da parte dell'équipe multiprofessionale dell'Ambito e di accettarne gli esiti;

di impegnarsi a sottoscrivere il progetto individualizzato;

di impegnarsi a fornire ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno all'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, entro dieci giorni dall'evento stesso.

nel caso di accoglimento della domanda (contributo/buono), l'importo del dovrà essere versato con accredito su conto corrente bancario

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

Banca\_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto dichiara infine:

di essere a conoscenza che il l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero incongruenze o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;

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.

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_