



**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@azienasocialeclv.it](mailto:segreteria@azienasocialeclv.it); PEC: [asclv@pec.azienasocialeclv.it](mailto:asclv@pec.azienasocialeclv.it)  
P.I. 02945720130

**DOMANDA PER L'ACCESSO AI CONTRIBUTI PER GLI INTERVENTI  
INFRASTRUTTURALI  
DOPO DI NOI  
DGR 275/2023**

**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 degli art. 46,75 e76 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 alloggio per cui si chiede il contributo:

Soluzione abitativa autogestita da più persone con disabilità

Soluzione abitativa in Cohousing/housing

Gruppo appartamento con ente gestore

Dichiara altresì:

di conoscere ed accettare le condizioni contenute nel Bando Dopo di Noi DGR 275/2023

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 I.S.E.E. sociosanitario in corso di validità;
- Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3. comma3**
- Documentazione clinica-sanitaria in merito alla diagnosi di invalidità;
- 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 .....