



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; PEC: asclv@pec.aziendasocialeclv.it
P.I. 02945720130

**DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE
DEGLI INTERVENTI GESTIONALI
DOPO DI NOI
DGR 275/2023**

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 DGR sul "Dopo di Noi" come di seguito riportato:

- Voucher "per percorsi di 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 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:

- 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 che si intende realizzare è già stato individuato il seguente ente: _____
- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI" DGR 275/2023

Il sottoscritto oppure il familiare/AdS/tutore/rappresentante legale dichiara inoltre:

- di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione, di tipo multidimensionale, realizzata in forma integrata da parte dell'équipe multidimensionale appartenente all'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 oppure il familiare/AdS/tutore/rappresentante legale 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 della condizione di gravità legge 104/1992 art 3. comma3
- Documentazione clinica-sanitaria in merito alla diagnosi di invalidità;

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

Luogo e data _____

Firma _____