



AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI

Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio

Sede legale: Via a Porlezza, 10 - 22017 MENAGGIO (CO)

Sede 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

Spett.le AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI
Via a Porlezza 10
22018 Porlezza

DOMANDA

PER BUONO A SOSTEGNO DI INTERVENTI RESIDENZIALI DI SOLLIEVO

FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CARE GIVER FAMILIARE
(avanzi annualità 2021 - 2023)

FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI
(avanzi annualità 2022 - 2023)

Il/La sottoscritto/a (cognome/nome) _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
tel. _____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di:

- diretto interessato
- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno

del/della Sig./Sig.ra (cognome/nome) _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
tel. _____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

l'erogazione di:

- **CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL CARE GIVER FAMILIARE**, mediante *Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del care giver familiare e FNA 2023*
- **CONTRIBUTO VOLTO A FAVORIRE LA DIMISSIONE PROTETTA** da ambito ospedaliero o da ospedale di comunità di soggetti fragili, mediante *Fondo nazionale politiche sociali*

(barrare l'opzioni di interesse)

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere residente in uno dei Comuni dell'ambito territoriale di Menaggio
- di essere beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988,
oppure
- di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992. In questo ultimo caso l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento;
- di essere al domicilio con presenza del caregiver familiare
ovvero
- di essere privo di care giver familiare
- di aver sostenuto spese per la retta per ricoveri di sollievo temporanei, presso unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati)
ovvero
- di dover sostenere o aver sostenuto spese per la retta per ricoveri di sollievo temporanei, presso unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati), a seguito di dimissione da ambito ospedaliero o da ospedale di comunità
- di aver preso visione del ***Bando per l'erogazione dei un buono a sostegno di interventi residenziali di sollievo*** e di accettarne le condizioni
- di essere a conoscenza che l'Azienda Sociale Centro Lario e Valli, ai sensi del D.Lgs. 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 l'assenza di requisiti sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria

Luogo data li _____

Firma estesa leggibile _____

Allegati alla domanda e dichiarazione del/della sig/sig.ra _____ per la richiesta del ***Buono a sostegno di interventi residenziali di sollievo***:

- documentazione attestante la spesa sostenuta (ad esempio fattura/ricevuta della struttura)

Il Servizio Sociale si riserva la possibilità di richiedere integrazioni della documentazione.