



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 AI CONTRIBUTI PER GLI INTERVENTI
INFRASTRUTTURALI
DOPO DI NOI
DGR 275/2023**

**INTERVENTI INFRASTRUTTURALI-ADEGUAMENTO PER LA FRUIBILITÀ
DELL'AMBIENTE DOMESTICO**

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 _____

Ovvero di

legale rappresentante dell'ente gestore:

Denominazione _____

P.I.: _____

SEDE LEGALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____ E MAIL _____

CHIEDE

l'accesso alla misura previste dalla DGR sul "Dopo di Noi" come di seguito riportato:

- Contributo per l'adeguamento e fruibilità dell'ambiente domestico (domotica, riadattamento alloggi, messa a norma degli impianti, telesorveglianza e teleassistenza)**

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 ISEE* 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

Dichiara altresì:

- di voler utilizzare il contributo richiesto per la realizzazione della residenzialità di cui al presente avviso mettendo a disposizione la propria abitazione (se in condivisione con altra persona con disabilità grave)

oppure

 di voler utilizzare il contributo richiesto per la realizzazione della residenzialità di cui al presente avviso, per una soluzione abitativa di Cohousing/Housing, gruppo appartamento
 di non essere beneficiario di contributi a carico di risorse regionali/nazionali per la medesima tipologia di intervento;
 di conoscere ed accettare le condizioni contenute nel Bando Dopo di Noi DGR 275/2023
 di impegnarsi a non destinare l'immobile/unità abitativa ad uso diverso da quello del presente avviso per un periodo di 5 anni;
 di impegnarsi a presentare la documentazione tecnica che verrà richiesta (descrizione progettuale, piano dei costi...).

Luogo e 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;
- Autocertificazione attestante il possesso dell'immobile e/o documentazione attestante la proprietà esclusiva dell'abitazione;
- Progetto tecnico-sociale con indicazione dei costi previsti (preventivo lavori).

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

Luogo e data

Firma