

Comune di Lariano



**CITTÀ DI VELLETRI**  
**Capofila Distretto Socio-sanitario RM 6/5**  
(Comuni di Velletri e Lariano)

Comune di Velletri



Comune di Velletri  
Ufficio Servizi Sociali

ufficio.servizisociali@pec.comune.velletri.rm.it

**MODULO DI DOMANDA**

**PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO ANNO 2025 VOLTO AL  
SOSTEGNO DELLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE CON  
DISABILITÀ TRA I 18 ED I 65 ANNI INSERITI IN STRUTTURE  
RESIDENZIALI DI CUI ALLA [l.r. 41/2003](#) E S.M.I DELLA TIPOLOGIA  
"CASA-FAMIGLIA".**

**DA COMPILARE IN CASO DI PRESENTAZIONE DA PARTE DEL DIRETTO INTERESSATO**

Il sottoscritto/a (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

INSERITO PRESSO LA STRUTTURA \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE IN CASO DI PRESENTAZIONE DA PARTE ALTRI SOGGETTI**

*Indicare il soggetto che presenta la domanda*

☐ familiare (specificare es. *genitore, coniuge,* \_\_\_\_\_)

☐ tutore

☐ amministratore di sostegno

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**In favore di**

(Cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Chiede**

l'accesso al contributo per il sostegno della qualità della vita delle persone con disabilità tra i 18/45 anni inseriti in strutture residenziali della tipologia "Casa famiglia" di cui alla L.R. 41/2003.

☐ domanda continuità

☐ domanda nuovo inserimento

PRESSO LA STRUTTURA \_\_\_\_\_ sita in

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

**Dichiara di possedere i requisiti di seguito indicati**

*(barrare la casella di interesse e compilare i campi)*

☐ Residenza in uno dei comuni del Distretto;

☐ Età compresa tra i 18 ed i 65 anni;

- ☐ Riconoscimento ai sensi della Legge 104/92 art. 1 e art. 3;
- ☐ Per i cittadini stranieri permesso di soggiorno in corso di validità non finalizzato alla permanenza per motivi turistici;
- ☐ Certificazione di assenza di necessaria assistenza sanitaria continuativa;
- ☐ Certificazione rilasciata dalla struttura competente relativa all'assenza di patologia psichiatrica;
- ☐ Privi del necessario supporto familiare temporaneo che permanente;

### **Dichiara di essere consapevole**

☐ che l'importo del contributo verrà assegnato in base alle seguenti fasce di reddito ISEE per prestazioni socio sanitarie residenziali per persone maggiorenni anno 2025:

- |                                       |                        |
|---------------------------------------|------------------------|
| • ISEE da € 0,00 ad € 5.000,00        | quota mensile € 700,00 |
| • ISEE da € 5.001,00 ad € 10.000,00   | quota mensile € 600,00 |
| • ISEE da € 10.001,00 ad € 15.000,00  | quota mensile € 500,00 |
| • ISEE da € 15.001,00m ad € 20.000,00 | quota mensile € 400,00 |
| • ISEE da € 20.001,00                 | nessun contributo;     |

### **Dichiara infine**

☐ **di** possedere una attestazione ISEE per prestazioni sociosanitarie residenziali per persone maggiorenni, anno 2025, pari ad € \_\_\_\_\_

☐ **di essere a conoscenza che**, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, e incorre nelle sanzioni previste dal successivo art. 76 ed in quelle disposte dal Codice Penale per il reato di falso;

☐ **di aver preso piena conoscenza** di tutte le norme e le condizioni stabilite nell' Avviso pubblico per l' "Accesso al contributo per il sostegno della qualità della vita delle persone con disabilità tra i 18/45 anni inseriti in strutture residenziali della tipologia *Casa famiglia*" di cui alla [L.R. 41/2003](#) e di accettarne tutte le condizioni;

☐ **che tutte le comunicazioni** che lo riguardano relative alla presente domanda, siano effettuate al seguente indirizzo:

Comune \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ ;

N. cell \_\_\_\_\_ altro recapito \_\_\_\_\_;

E-mail \_\_\_\_\_; P.e.c. \_\_\_\_\_;

☐ **che per il pagamento del contributo**, sarà utilizzato l'iban rilasciato dall'istituto bancario o postale di riferimento indicato nella copia allegata. Dovrà essere indicato obbligatoriamente un IBAN di 27 caratteri rilasciato dalla banca o dalla posta, anche relativo ad una carta prepagata, i cui primi due saranno IT (sono esclusi i libretti postali che riportano il codice 0760103384).

[illegible]

Intestato a:

Cointestatario/i:

Banca: \_\_\_\_\_

Filiiale:

☐ **di autorizzare il trattamento dei dati personali** in conformità alla vigente normativa (Regolamento UE n. 679/2016 e s.m. e i.).

## Allega

i seguenti documenti:

- ☐ copia fotostatica del documento d'identità del firmatario in corso di validità;
- ☐ copia fotostatica del documento d'identità del destinatario del servizio se diverso dal firmatario
- ☐ per i cittadini extracomunitari copia del permesso o carta di soggiorno in corso di validità;
- ☐ copia del certificato di disabilità ai sensi della L. 104/92;
- ☐ certificazione di assenza di necessità di assistenza sanitaria continuativa;
- ☐ certificazione relativa all'assenza di patologia psichiatrica

☐ copia dell'I.b.a.n. rilasciato dall'istituto bancario o postale di riferimento dal quale si evinca con certezza la titolarità dello stesso;

*Variazioni ai requisiti e alle condizioni indicate nella domanda devono essere comunicate tempestivamente all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Velletri.*

Data \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_.