

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 2026 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 18/65 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 2026, 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 18/65 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:

☐ **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]

Filiale:

Allega

☐ 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 documentazione giustificativa (fatture, ricevute fiscali o quietanze di pagamento) intestata al beneficiario stesso;
- ☐ 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 _____.