

**ATTO DI APPROVAZIONE AVVISI pubblici con relativi allegati – Misura B2 FNA 2020 – DGR 4138/2020 – DGR 4408/2021.**

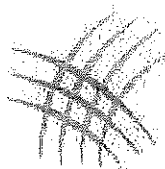
**Premesso che**

- Con DGR n. 4138/2020 Regione Lombardia ha deliberato l'approvazione del “*Programma Operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze triennio 2019-2021 – annualità 2020 esercizio 2021*”;
- Con DGR n. 4408/2021 Regione Lombardia ha deliberato “*Modalità di utilizzo Fondo Progetti di Vita Indipendente (PRO.VI) FNA 2019/2020 e ulteriori determinazioni Fondo Non Autosufficienze 2020 esercizio 2021 (integrazioni alla DGR N. XI/4138/2020)*”;
- La misura B2 prevista dalle DGR 4138/2020 e DGR 4408/2021 si concretizza in interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita. I destinatari degli interventi sono persone di qualsiasi età che vivono al domicilio e che presentano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
- Con verbale n. 3 del 29/04/2021 l'Assemblea dei Sindaci ha approvato il Programma Operativo d'Ambito – FNA 2020 dando mandato all'Azienda Consortile di procedere con la trasmissione del piano all'ATS Insubria, per il successivo inoltro alla competente direzione regionale, nonché di elaborare i relativi bandi per dare attuazione alle misure finanziate con il FNA 2021;
- Nell'ambito della misura B2 “Misura a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza”, sono previsti i seguenti interventi:
  - o Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico;
  - o Buono sociale mensile finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare e/o le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto;
  - o Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente.

il Direttore/Rappresentante Legale dell'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, Dr.ssa Anna Ronchi,

**1. approva i seguenti avvisi e relativi allegati:**

- a. L' “*Avviso per l'assegnazione di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante*” completo di Allegato A (Domanda di assegnazione da parte dell'utenza), Allegato B (Assegnazione di voucher sociali) valido dal 17 maggio 2021;



**Azienda Speciale Consortile  
Medio Olona  
Servizi alla Persona**

- b. L' "Avviso finalizzato alla creazione di un elenco di Enti disponibili a convenzionarsi con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona per l'attuazione degli interventi previsti dalle DGR 4138/2020 – DGR 4408/2021 - Misura B2 FNA 2020", completo di Allegato C (Richiesta di convenzionamento con l'azienda speciale consortile medio olona servizi alla persona per l'erogazione di interventi sociali ai sensi della misura B2 delle DGR 4138/2020 – DGR 4408/2021) e Allegato D (Modulo di rimborso dei voucher da parte delle strutture convenzionate) valido dal 17 maggio 2021;
- c. Il "Bando per l'assegnazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto" con la relativa Domanda di assegnazione valido dal 17 maggio 2021 al 17 giugno 2021;
- d. L' "Avviso per l'assegnazione di buoni sociali per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima con capacità di esprimere la propria volontà, tra i 18 e i 64 anni, assistiti da un assistente personale regolarmente e autonomamente assunto" con la relativa Domanda di assegnazione valido dal 17 maggio 2021.
2. Dà mandato all'Azienda di **pubblicare** sul sito aziendale i documenti di cui al punto a. ad eccezione dell'Allegato B, di cui al punto b. ad eccezione dell'Allegato D, e di cui ai punti c. e d., con le scadenze specificate in ogni avviso.



Il Direttore

Azienda Speciale Consortile Medio Olona  
Servizi alla Persona  
Dr.ssa Anna Ronchi

Marnate, 17/05/2021

**BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITI AL DOMICILIO DA UN CAREGIVER FAMILIARE O DA UN ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO**

*(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

**Presentazione delle domande al proprio Comune di residenza  
dal giorno 17/05/2021 al giorno 17/06/2021**

#### **ART. 1 – FINALITÀ**

Il presente documento stabilisce, per l'anno 2021, i criteri d'accesso alla misura B2 "Misura a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza", in particolare allo strumento del "Buono sociale mensile finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare e/o le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto" previsto dalla DGR 4138/20 "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze triennio 2019-2021 – annualità 2020 esercizio 2021" e DRG 4408 del 17/03/2021 "Modalità di utilizzo Fondo Progetti di Vita Indipendente (PRO.VI) FNA 2019/2020 e ulteriori determinazioni Fondo Non Autosufficienze 2020 esercizio 2021 (integrazioni alla DGR N. XI/4138/2020)".

Con verbale n. 3 del 29/04/2021 dell'Assemblea dei Sindaci è stato inoltre approvato il Programma Operativo d'Ambito – FNA 2020.

La misura è destinata alle persone di qualsiasi età, al domicilio, che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autonomia personale nelle attività della vita quotidiana (sia attività di vita quotidiana –ADL– che attività strumentali alla vita quotidiana – IADL), di relazione e sociale. Tale misura si concretizza in interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita.

#### **ART. 2 - DESTINATARI**

Possono beneficiare dei buoni sociali mensili i soggetti assistiti al domicilio che, alla data di presentazione della domanda, sono in possesso dei seguenti requisiti:

- Essere **residenti** in uno dei sette Comuni Ambito di Castellanza (**Castellanza, Marnate, Olgiate Olona, Fagnano Olona, Solbiate Olona, Gorla Maggiore, Gorla Minore**);
- Essere **assistiti da un caregiver familiare o da un assistente familiare impiegato con regolare contratto**;

Inoltre i soggetti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

**a) Minori disabili gravi:**

- Avere un'età compresa tra 0 e 17 anni;
- Avere un valore ISEE ordinario NON superiore a € 30.000,00;
- NON beneficiare o aver beneficiato dei "Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante" – DGR 4138/20 – 4408/21 (a decorrere dal 01/05/2021).

In fase di presentazione della domanda sarà facoltà dell'assistente sociale del Comune di residenza prevedere l'erogazione, in alternativa ai buoni sociali, di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante.

**b) Adulti disabili gravi (18-64 anni compresi):**

- Avere un'età pari o superiore ai 18 anni;
- Avere un valore ISEE sociosanitario NON superiore a € 25.000,00.

**c) Anziani non autosufficienti (over 65 anni):**

- Avere un'età pari o superiore ai 65 anni;
- Avere un valore ISEE sociosanitario NON superiore a € 25.000,00.

Non è prevista l'erogazione del buono per chi frequenta unità di offerta sociali o sociosanitarie semiresidenziali diurne.

L'erogazione dei buoni sociali mensili è incompatibile con le seguenti fattispecie:

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es RSA, RSD, CSS, hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- misura B1;
- ricovero di sollievo, superiore nell'anno a 60 giorni per gli adulti e 90 giorni per i minori, nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018;
- bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015; il bonus per assistente familiare ex l.r. n. 15/2015 può essere erogato a persona valutata ammissibile alla Misura B2 ma non presa in carico con la stessa.

**ART.3 IMPORTO DEI BUONI SOCIALI**

L'erogazione dei buoni verrà effettuata a seguito dell'approvazione e pubblicazione delle graduatorie da parte dell'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona.

Il numero di mensilità riconosciute ai destinatari dei buoni verrà definito sulla base del numero totale di ammessi alla graduatoria d'Ambito, fino ad un massimo di 12 mensilità.

### 3.1 BUONI SOCIALI FINALIZZATI A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE

L'importo di ogni buono sarà definito secondo i seguenti criteri:

IL BENEFICIARIO È IN POSSESSO DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO	€ 150,00
IL BENEFICIARIO <b>NON</b> È IN POSSESSO DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO	€ 300,00

### 3.2 BUONI SOCIALI FINALIZZATI A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA UN ASSISTENTE FAMILIARE IMPIEGATO CON REGOLARE CONTRATTO

L'importo di ogni buono sarà definito secondo i seguenti criteri:

Ore settimanali assistente familiare		
0-24 ORE	25- 40 ORE	41 - 54 ORE
€ 200,00	€ 300,00	€ 400,00

## ART. 4 – PROCEDURE DI RICHIESTA PER L'ASSEGNAZIONE DEI BUONI SOCIALI

### 4.1. IL RICHIEDENTE

Per accedere al bando, il beneficiario (o colui che rappresenta il beneficiario) in possesso dei requisiti di cui all'art.2, dovrà presentare istanza **all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza** (attraverso l'invio della domanda all'indirizzo di posta elettronica) su apposita modulistica scaricabile dal sito [www.aziendaspecialemedioolona.it](http://www.aziendaspecialemedioolona.it) (nella pagina: Servizi e progetti – Fondo per le Non Autosufficienze), e consultabile nel proprio Comune di residenza, alla quale allegare:

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e/o del rappresentante il beneficiario (nel caso di minore: copia C.I. e C.F. del genitore oltre che del minore);
- Copia della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 e/o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- Nel caso in cui si richieda l'accesso al buono sociale "finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da un assistente familiare impiegato con regolare contratto", allegare copia del contratto dell'assistente familiare regolarmente assunto con indicazione del totale delle ore di assistenza prestate.

Le domande possono essere presentate **dal giorno 14/05/2021 al giorno 14/06/2021**. **Si comunica che non sono previste ulteriori aperture.**

#### 4.2 L'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE

L'assistente sociale comunale, referente del caso, deve:

- a) verificare il possesso dei requisiti per l'accesso così come individuati all'art. 2 del presente Avviso (in particolare valore ISEE dichiarato dal richiedente);
- b) effettuare la "valutazione del profilo del richiedente", ovvero la sintesi del profilo funzionale e della valutazione sociale (condizione familiare, abitativa e ambientale) che emerge, oltre che da un'osservazione e un'analisi della situazione della persona e del suo contesto abituale di vita, anche dall'utilizzo di strumenti valutativi, utili a rilevare il grado di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (ADL) e in quelle strumentali alla vita quotidiana (IADL). Nel caso di richiedenti con bisogni di natura sociosanitaria, la valutazione sarà di carattere multidimensionale da effettuarsi con i servizi territoriali dell'A.S.S.T. competenti;
- c) garantire la corretta trasmissione dei dati attraverso i canali informatici messi a disposizione per tutti i casi rientranti nella misura prevista dalle DGR 4138/20 – 4408/21 (in particolare il valore delle scale ADL e IADL necessario per l'assegnazione del punteggio nella griglia di valutazione finalizzata alla formazione della graduatoria);
- d) trasmettere all'Azienda Speciale Consortile Medio Olona la documentazione necessaria per l'assegnazione dei punteggi, in particolare la griglia per la valutazione della condizione assistenziale del minore disabile debitamente compilata;

#### ART. 5 - MODALITÀ DI FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DA PARTE DELL'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA SERVIZI ALLA PERSONA

Per ogni area di intervento verrà formulata una graduatoria (ANZIANI – CAREGIVER; ANZIANI – ASSISTENTE FAMILIARE; DISABILI ADULTI – CAREGIVER; DISABILI ADULTI – ASSISTENTE FAMILIARE; DISABILI MINORI – CAREGIVER; DISABILI MINORI – ASSISTENTE FAMILIARE).

Per ogni graduatoria accederanno prioritariamente, in base ai criteri di priorità stabiliti dall'Ambito di Castellanza, le persone che non beneficiano di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium);

I punteggi attribuiti ad ogni istanza determineranno l'ordine di inserimento nella graduatoria di appartenenza al cui interno verranno applicate le ulteriori priorità sopra elencate.

Per la definizione del posto in graduatoria, a parità di punteggio:

- Per l'"area disabili minori/adulti", prevale l'ISEE inferiore;
- Per l'"area anziani", prevale la maggiore età anagrafica del richiedente.

Ad ogni istanza verrà attribuito un punteggio che sarà determinato dalla somma dei punteggi degli indicatori come di seguito individuati:

A) VALORE ISEE		B) INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO		C) LIVELLO DI DIPENDENZA
Intervallo €	Punti	Presenza	Assenza	<b>Misurato con scala ADL+IADL con le seguenti modalità:</b>  <b>(punti 14 – punteggio ADL – punteggio IADL) x 10 = punteggio attribuito</b>  Valori di riferimento: punti 0: nessuna dipendenza punti 140: massima dipendenza  Per minori disabili: verrà utilizzata la scala elaborata dall’Azienda Speciale Consortile Medio Olona (0-140)
0 € - 3.000,00 €	100	50 PUNTI	100 PUNTI	
3.000,01€ - 6.000,00€	90			
6.000,01€ - 9.000,00€	80			
9.000,01€ - 12.000,00€	70			
12.000,01€ - 15.000,00€	60			
15.000,01€ - 18.000,00€	50			
Oltre i 18.000,01€	40			
<b>TOTALE PUNTI A) + B) + C)</b>				

Si specifica che il punteggio massimo nella valutazione degli indicatori è pari a 340 punti.

La valutazione delle domande e la stesura della relativa graduatoria verrà effettuata dall’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona.

In fase di istruttoria il responsabile del procedimento amministrativo potrà richiedere integrazioni rispetto a documentazioni errate o incomplete.

Alle istanze incomplete, mancanti della documentazione utile alla valutazione, anche a seguito di richiesta di integrazione, verrà assegnato il punteggio solo in riferimento agli indicatori per i quali la valutazione è resa possibile dalla documentazione allegata (e/o dai dati trasmessi attraverso i canali informatici a cura dell’assistente sociale).

Le priorità non verranno assegnate se non precisamente indicate nella domanda di accesso e/o se indicate in modo scorretto.

La quantificazione dei beneficiari verrà definita in relazione alle risorse destinate a tale misura. Il numero di mensilità riconosciute ai destinatari dei buoni verrà definito sulla base del numero totale di ammessi alla graduatoria d’Ambito, fino ad un massimo di 12 mensilità.

L’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, previa comunicazione ai Comuni, provvederà all’erogazione mensile del buono ai beneficiari, che **decorre dal mese di approvazione della graduatoria.**

I Comuni di residenza si fanno carico di avvisare tempestivamente l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona di ogni cambiamento del profilo del beneficiario per gli opportuni provvedimenti.

L'assistente sociale del Comune di riferimento entro 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria dovrà predisporre il Progetto Individuale di Assistenza (PAI), che dovrà obbligatoriamente contenere:

- l'esito della valutazione sociale e/o multidimensionale della persona;
- la declinazione per ogni dimensione di vita della persona (Salute: interventi sanitari, sociosanitari e sociali, Istruzione/Formazione, Lavoro, Mobilità, Casa, Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità, Altro) i vari interventi e servizi già in atto o da attivare;
- l'indicazione dei fondamentali obiettivi realizzabili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona disabile/anziana non autosufficiente e del suo nucleo familiare;
- la descrizione delle **prestazioni assicurate dal caregiver familiare e/o personale di assistenza regolarmente impiegato** da sostenere con il Buono previsto da questa Misura;
- Il valore ISEE considerato ai fini dell'erogazione della Misura.

Inoltre, nel Progetto devono essere evidenziate, in una logica di budget di cura e di presa in carico complessiva della persona, eventuali altri interventi di sostegno alla domiciliarità quali ad esempio:

- le prestazioni assicurate dal Servizio di Assistenza Domiciliare (**SAD**): assistenza diretta alla persona, prestazioni tutelari e complementari/integrative
- le prestazioni assicurate dall'Assistenza Domiciliare Integrata (**ADI**)
- periodo di sollievo
- **altre forme integrative** per la risposta al bisogno, misure economiche di carattere assistenziale già erogate da Enti pubblici o privati.

Specificatamente per le persone disabili devono essere indicati nel progetto eventuali sostegni attivati con altre risorse sociali (es. Fondo DOPO DI NOI, ecc.).

Il Progetto Individuale di Assistenza (PAI) dovrà obbligatoriamente essere **condiviso e sottoscritto entro 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria.**

Il Progetto Individuale è sottoscritto oltre che da un referente dell'Ambito anche dalla persona/famiglia – o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica – e trasmesso all'ASST di competenza.

Nel caso di valutazione congiunta con l'équipe dell'ASST, esso è sottoscritto da un referente dell'Ambito, da un rappresentante dell'ASST, dalla persona/famiglia - o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica - e dal responsabile del caso (*case manager*).

Entro il medesimo termine il PAI deve essere trasmesso all'Azienda al fine di procedere all'erogazione del buono.



#### **ART.6 – VERIFICA, MONITORAGGIO ED EVENTUALE REVOCA DEI BENEFICI CONCESSI**

L’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona effettuerà un controllo per verificare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati su un campione non inferiore al 5% delle istanze presentate.

In caso di accertamento di non veridicità sostanziale dei dati dichiarati, l’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona segnala d’ufficio il fatto all’Autorità Giudiziaria per le iniziative di competenza e procede alla revoca del beneficio concesso ed al recupero della quota dei benefici economici indebitamente ricevuti dal dichiarante.

L’erogazione del buono sociale sarà revocata dall’Azienda Speciale Consortile Medio Olona, su proposta dell’assistente sociale comunale, in seguito a:

- perdita dei requisiti di accesso, così come definiti all’art. 2 del presente Avviso;
- cambio di residenza del beneficiario per trasferimento in un Comune non compreso nel territorio dell’Ambito territoriale di Castellanza;
- decesso del beneficiario;
- mancato rispetto da parte del beneficiario di quanto previsto e sottoscritto nel PAI.

#### **ART. 7 – MONITORAGGIO E REVISIONE DEL PRESENTE BANDO**

Sono previsti dei momenti di verifica e monitoraggio da parte del personale dell’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona relativamente ai profili qualitativi e quantitativi degli interventi e dei progetti attivati tramite i buoni sociali per pervenire ad una lettura dei bisogni di ogni area individuata. Il budget assegnato a tale misura, così come i requisiti di accesso approvati dall’Assemblea dei Sindaci in data 29/04/2021, potranno essere oggetto di rimodulazione, alla luce dell’andamento generale e specifico delle misure previste dalle DGR 4138/20 – 4408/21 nel corso dell’intera annualità.

#### **ART. 8 INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I **Titolari** del trattamento dei dati sono:

- **l’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi Alla Persona** con sede in via Italia, 151 - 21050 Marnate (VA) che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:  
Telefono: 0331.502118 Indirizzo PEC: [amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it](mailto:amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it).
- Regione Lombardia con sede in P.zza Città di Lombardia, 1 - Milano - Direzione Generale Politiche Sociali, abitative e disabilità.

Il **Responsabile** della protezione dei dati (DPO) è contattabile al seguente indirizzo di posta elettronica: [paolo.tiberi@sinetinformatica.it](mailto:paolo.tiberi@sinetinformatica.it) .

I dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato con finalità di **accesso all'intervento indicato con la presente domanda** e all'esecuzione di compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione del contributo economico ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. e) e del Regolamento UE 679/2016.

I dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Si comunica inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per ottenere il contributo economico; qualora non saranno fornite tali informazioni non sarà possibile ottenere la prestazione richiesta.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Sarà possibile far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i diritti dell'interessato, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo dei Titolari del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Per esercitare i suoi diritti, l'interessato potrà rivolgersi ai Titolari o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Può essere proposto reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora se ne ravvisi la necessità.

I Titolari non adottano alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

**BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITI AL DOMICILIO DA UN CAREGIVER FAMILIARE O DA UN ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO**

*(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

**Presentazione delle domande al proprio Comune di residenza  
dal giorno 17/05/2021 al giorno 17/06/2021**

Al Comune di \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE:**

Il/la sig./ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

In qualità di  beneficiario,  tutore,  curatore,  amministratore di sostegno

familiare (specificare \_\_\_\_\_),  altro (specificare \_\_\_\_\_)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Visto il “Bando per l’assegnazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto” *(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

**CHIEDE**

**l'assegnazione del buono sociale (barrare e compilare una delle due fattispecie):**

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE**

**A FAVORE DI** (barrare la casella di interesse)

- DISABILE MINORE**  
 **DISABILE ADULTO**  
 **ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (DAI 65 ANNI)**

NOME e COGNOME DEL CAREGIVER FAMILIARE

GRADO DI PARENTELA CON IL POSSIBILE BENEFICIARIO DEL BUONO \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI ASSICURATE DAL CAREGIVER AL BENEFICIARIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA UN ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO**

(ASSUNTO DAL \_\_\_\_\_ PER N° ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_)

**A FAVORE DI** (barrare la casella di interesse)

- DISABILE MINORE**  
 **DISABILE ADULTO**  
 **ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (DAI 65 ANNI)**

Secondo quanto definito nel documento "Criteri per l'erogazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto".

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, 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, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA (Barrare una o entrambe le ipotesi)**

- Che il/la beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992
- Che il/la beneficiario/a è in possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;

Che il/la beneficiario/a (barrare la casella di interesse). Si segnala che la mancata compilazione o la compilazione errata comporta la non assegnazione della priorità):

- non beneficia di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home care premium)*
- beneficia di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home care premium)*

**a) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE (0-17 anni):**

- Che il valore ISEE **ordinario** in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_  
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_)  
rilasciato in data \_\_\_\_\_;
- Che il richiedente è consapevole che a seguito della presentazione della domanda e della valutazione di essa sarà facoltà dell'Assistente sociale del Comune di residenza prevedere l'erogazione, in alternativa ai buoni sociali, di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante.

**b) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE (dai 18 ai 64 anni):**

- Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_  
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_)  
rilasciato in data \_\_\_\_\_;
- Che il/la sig./ra indicato/a come beneficiario/a **NON** beneficia del contributo per progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto.

**c) IN CASO DI ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE (Dai 65 anni):**

- Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_  
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_)  
rilasciato in data \_\_\_\_\_.

**DICHIARA INOLTRE**

**(Per avere accesso alla misura è necessario rientrare in tutte le fattispecie sotto indicate)**

- che il/la beneficiario/a **NON** è accolto/a in via definitiva presso Unità d'offerta sociale o sociosanitaria e/o **NON** frequenta unità d'offerta sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna;
- che il/la beneficiario/a **NON** è accolto/a per un ricovero di sollievo, superiore nell'anno a 60 giorni per gli adulti e 90 giorni per i minori, in cui il costo totale del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- che il/la beneficiario/a **NON** beneficia della **misura B1**;



**Si allega (selezionare allegati al documento):**

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente E del beneficiario (se diverso dal richiedente) – in caso di minore allegare i documenti sia del genitore che del minore;
- Copia della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 e/o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Nel caso in cui si richieda l'accesso al buono sociale *“finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da un assistente familiare impiegato con regolare contratto”*, allegare copia del contratto dell'assistente familiare regolarmente assunto;

---

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art. 8 del bando per l'assegnazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto” (ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI PER SOSTENERE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE DI PERSONE CON DISABILITÀ FISICO-MOTORIA GRAVE O GRAVISSIMA CON CAPACITA' DI ESPRIMERE LA PROPRIA VOLONTÀ, TRA I 18 E I 64 ANNI, ASSISTITI DA UN ASSISTENTE PERSONALE REGOLARMENTE E AUTONOMAMENTE ASSUNTO**

*(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

**Presentazione delle domande al proprio Comune di Residenza  
dal giorno 17/05/2021**

### **ART. 1 – FINALITÀ**

Il presente avviso stabilisce, per l'anno 2021, i criteri d'accesso alla misura B2 "Misura a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza", in particolare allo strumento del "Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente" previsto dalla DGR 4138/20 "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze triennio 2019-2021 – annualità 2020 esercizio 2021" e DRG 4408 del 17/03/2021 "Modalità di utilizzo Fondo Progetti di Vita Indipendente (PRO.VI) FNA 2019/2020 e ulteriori determinazioni Fondo Non Autosufficienze 2020 esercizio 2021 (integrazioni alla DGR N. XI/4138/2020)".

Con verbale n. 3 del 29/04/2021 dell'Assemblea dei Sindaci è stato inoltre approvato il Programma Operativo d'Ambito – FNA 2020.

La finalità del presente strumento è quella di sostenere la persona con un'età compresa tra 18 e 64 anni e che presenta una disabilità fisico-motoria grave o gravissima nell'attuazione di un **progetto di vita indipendente**, garantendo allo stesso tempo una piena possibilità di permanenza al proprio domicilio e nel contesto di vita. L'intervento si rivolge a persone capaci di esprimere la propria volontà e che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e assunto con regolare contratto.

Le persone con disabilità gravissima, beneficiarie della Misura B1, possono beneficiare anche del presente buono.

### **ART. 2 - DESTINATARI**

Possono beneficiare del buono sociale i **soggetti residenti** in uno dei sette Comuni dell' Ambito di Castellanza (**Castellanza, Marnate, Olgiate Olona, Gorla Maggiore, Gorla Minore, Fagnano Olona, Solbiate Olona**) che, alla data di presentazione dell'istanza, possiedono i seguenti requisiti:

- avere **età compresa tra i 18 e 64 anni**;





- essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 e/o beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- avere una disabilità fisica-motoria grave o gravissima, **con capacità di esprimere la propria volontà;**
- avere un **valore ISEE sociosanitario non superiore a € 25.000,00;**
- avere l'ausilio di un **assistente personale autonomamente scelto e regolarmente assunto;**
- **NON** beneficiare della **Misura B1;**
- **NON** beneficiare del contributo per **progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto;**
- **NON** beneficiare della misura **Bonus Assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;**
- **NON** essere accolto in via definitiva presso **Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali e/o NON** frequentare **Unità d'offerta sociosanitarie o sociali semiresidenziali diurne;**
- **NON** essere accolto con **ricovero di sollievo**, superiore nell'anno a 60 giorni per gli adulti e 90 giorni per i minori, nel caso in cui **il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale.**

La persona con disabilità sceglie autonomamente il proprio assistente personale e deve aver provveduto o voler provvedere a regolarizzare il rapporto con un regolare contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente. La titolarità e la responsabilità della scelta e della gestione del rapporto di lavoro sono esclusivamente del richiedente. Le azioni per le quali è assunto l'assistente personale possono riguardare tutti gli ambiti di vita della persona e nello specifico attività:

- 1) di cura della persona (igiene, vestizione, alimentazione, mobilitazione);
- 2) di cura dell'ambiente domestico e di vita (organizzazione dell'abitazione, abbigliamento, preparazione pasti, commissioni e disbrigo pratiche);
- 3) di supporto in ambito lavorativo e/o formativo;
- 4) che favoriscono l'integrazione sociale, la partecipazione ad attività sportive/ricreative/culturali e del tempo libero.

Viene garantita la continuità della misura alle persone con Progetti di Vita Indipendente già in atto e finanziati con la precedente annualità, che necessitano sulla base nel progetto individuale per l'annualità FNA 2019 – esercizio 2020.

### **ART. 3 – IMPORTO DEL BUONO**

Valutata la completezza e l'adeguatezza della domanda presentata, sulla base dei requisiti stabiliti con il presente avviso, alla persona beneficiaria verrà corrisposto un buono sociale mensile del

valore massimo di € 800,00 a sostegno delle spese autonomamente sostenute per il pagamento delle prestazioni assicurate dall'assistente personale assunto e calcolato come segue:

		Ore settimanali assistente familiare		
CON ACCOMPAGNAMENTO	0-24 ORE	25- 40 ORE	41 - 54 ORE	
	€ 200,00	€ 300,00	€ 400,00	
SENZA ACCOMPAGNAMENTO	0-24 ORE	25- 40 ORE	41 - 54 ORE	
	€ 600,00	€ 700,00	€ 800,00	

Il buono verrà erogato in misura pari alla durata del contratto e comunque fino ad un massimo 12 mesi per ciascun progetto dalla presentazione della domanda e fino ad esaurimento delle risorse messe a bando.

#### **ART. 4 – PROCEDURE DI RICHIESTA DEL CONTRIBUTO E RELATIVA EROGAZIONE**

##### **4.1. IL RICHIEDENTE**

Per accedere alla misura, i soggetti di cui all'art. 2 del presente Avviso, dovranno presentare istanza **all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza** (attraverso l'invio della domanda all'indirizzo di posta elettronica) su apposita modulistica scaricabile dal sito [www.aziendaspecialemedioolona.it](http://www.aziendaspecialemedioolona.it) (nella sezione: Servizi e progetti – Fondo per le Non Autosufficienze) e consultabile nel proprio Comune di residenza, alla quale allegare:

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e, se diverso, del beneficiario;
- Copia della **condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992** e/o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Copia del contratto di assunzione dell'assistente personale.

Le domande possono essere presentate **dal giorno 17/05/2021**.

##### **4.2 L'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE**

Ricevuta la domanda, l'assistente sociale comunale, referente del caso, deve:

- verificare il possesso dei requisiti per l'accesso così come individuati all'art. 2 del presente Avviso (in particolare valore ISEE dichiarato dal richiedente);
- effettuare la *“valutazione del profilo del richiedente”*, ovvero la sintesi del profilo funzionale e della valutazione sociale (condizione familiare, abitativa e ambientale) che emerge, oltre che da un'osservazione e un'analisi della situazione della persona e del suo contesto abituale di vita, anche dall'utilizzo di strumenti valutativi, utili a rilevare il grado di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (ADL) e in quelle strumentali alla vita quotidiana (IADL). Nel caso di richiedenti con bisogni di natura sociosanitaria, la

*Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona - Via Italia, n°151 – Marnate (VA)*

*Tel. 0331.502118 – Fax 0331.502118 – e-mail: [segreteria@aziendaspecialemedioolona.it](mailto:segreteria@aziendaspecialemedioolona.it) - Sito: [www.aziendaspecialemedioolona.it](http://www.aziendaspecialemedioolona.it)*

valutazione sarà di carattere multidimensionale da effettuarsi con i servizi territoriali dell'A.S.S.T. competenti;

c) predisporre il Progetto Individuale di Assistenza (PAI), che dovrà obbligatoriamente contenere:

- ❖ **L'esito della valutazione sociale e/o multidimensionale** della persona;
- ❖ La **declinazione per ogni dimensione di vita** della persona (Salute: interventi sanitari, sociosanitari e sociali, Istruzione/Formazione, Lavoro, Mobilità, Casa, Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità, Altro) i vari interventi e servizi già in atto o da attivare;
- ❖ L'indicazione dei fondamentali **obiettivi** realizzabili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona e del suo nucleo familiare;
- ❖ La descrizione delle **prestazioni assicurate dal personale di assistenza regolarmente assunto** da sostenere con il Buono previsto da questa Misura;
- ❖ La definizione degli **interventi da sostenere con il Buono** per i quali vanno altresì specificate le fondamentali **caratteristiche qualificanti**, compreso il grado di inserimento socio-lavorativo della persona disabile e gli interventi realizzati dai Centri territoriali per la vita autonoma e indipendente (**CTVAI**);
- ❖ Il valore **ISEE** considerato ai fini dell'erogazione della Misura.

Inoltre, nel Progetto devono essere evidenziate, in una logica di budget di cura e di presa in carico complessiva della persona, eventuali altri interventi di sostegno alla domiciliarità quali ad esempio:

- ❖ le prestazioni assicurate dal Servizio di Assistenza Domiciliare (**SAD**): assistenza diretta alla persona, prestazioni tutelari e complementari/integrative;
- ❖ le prestazioni assicurate dall'Assistenza Domiciliare Integrata (**ADI**);
- ❖ periodo di **sollievo**;
- ❖ **altre forme integrative** per la risposta al bisogno, misure economiche di carattere assistenziale già erogate da Enti pubblici o privati.

Specificatamente per le persone con disabilità devono essere indicati nel Progetto eventuali sostegni attivati con altre risorse sociali, es. Fondo DOPO DI NOI ecc.

Il Progetto Individuale di Assistenza (PAI) dovrà obbligatoriamente essere condiviso e sottoscritto entro 30 giorni dalla comunicazione di accesso alla misura da parte dell'Azienda.

Il Progetto Individuale è sottoscritto oltre che da un referente dell'Ambito anche dalla persona/famiglia - o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica - e trasmesso all'ASST di competenza.

Nel caso di valutazione congiunta con l'équipe dell'ASST, esso è sottoscritto da un referente dell'Ambito, da un rappresentante dell'ASST, dalla persona/famiglia - o da chi

eventualmente ne garantisce la protezione giuridica – e dal responsabile del caso (*case manager*).

Entro il medesimo termine il PAI deve essere trasmesso all’Azienda al fine di procedere all’erogazione del buono;

- d)** garantire la corretta trasmissione dei dati attraverso i canali informatici messi a disposizione per tutti i casi rientranti nella misura prevista dalle DGR 4138/20 – 4408/21 (in particolare il valore delle scale ADL e IADL);
- e)** trasmettere all’Azienda Speciale Consortile Medio Olona l’istanza per l’accesso alla misura presentata dal richiedente e la documentazione necessaria per l’accesso.

#### 4.3 L’AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA SERVIZI ALLA PERSONA

L’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, verificata la completezza della documentazione trasmessa dall’Assistente Sociale comunale, provvederà a verificare la disponibilità economica a copertura dell’intervento con riferimento al budget assegnato alla presente misura.

In caso di esito positivo, l’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona ne darà comunicazione all’Assistente Sociale comunale e provvederà all’erogazione del contributo a favore del beneficiario.

#### ART. 5 – VERIFICA, MONITORAGGIO ED EVENTUALE REVOCA DEI BENEFICI CONCESSI

L’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati.

In caso di accertamento di non veridicità sostanziale dei dati dichiarati, l’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona segnala d’ufficio il fatto all’Autorità Giudiziaria per le iniziative di competenza e procede alla revoca del beneficio concesso ed al recupero della quota dei benefici economici indebitamente ricevuti dal dichiarante.

L’erogazione del buono sociale sarà revocata dall’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, su proposta dell’assistente sociale comunale, in seguito a:

- perdita dei requisiti di accesso, così come definiti all’art. 2 del presente Avviso;
- cambio di residenza del beneficiario per trasferimento in un Comune non compreso nel territorio dell’Ambito territoriale di Castellanza;
- decesso del beneficiario;
- mancato rispetto da parte del beneficiario di quanto previsto e sottoscritto nel PAI.

#### ART. 6 – REVISIONE DEL PRESENTE AVVISO

L’assegnazione dei contributi avverrà fino ad esaurimento del budget assegnato al presente intervento. Tale budget, così come i requisiti di accesso approvati dall’Assemblea dei Sindaci in



data 29/04/2021, potranno essere oggetto di rimodulazione, alla luce dell'andamento generale e specifico delle misure previste dalle DGR 4138/2020 – 4408/2021 nel corso dell'intera annualità.

**ART. 7 INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I **Titolari** del trattamento dei dati sono:

- **L'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi Alla Persona** con sede in via Italia, 151 - 21050 Marnate (VA) che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:  
Telefono: 0331.502118 Indirizzo PEC: [amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it](mailto:amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it).
- Regione Lombardia con sede in P.zza Città di Lombardia, 1 - Milano - Direzione Generale Politiche Sociali, abitative e disabilità.

Il **Responsabile** della protezione dei dati (DPO) è contattabile al seguente indirizzo di posta elettronica: [paolo.tiberi@sinetinformatica.it](mailto:paolo.tiberi@sinetinformatica.it).

I dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato con finalità di **accesso all'intervento indicato con la presente domanda** e all'esecuzione di compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione del contributo economico ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. e) e del Regolamento UE 679/2016.

I dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Si comunica inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per ottenere il contributo economico; qualora non saranno fornite tali informazioni non sarà possibile ottenere la prestazione richiesta.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Sarà possibile far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i diritti dell'interessato, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo dei Titolari del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Per esercitare i suoi diritti, l'interessato potrà rivolgersi ai Titolari o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Può essere proposto reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora se ne ravvisi la necessità.



Azienda Speciale Consortile  
**Medio Olona**  
Servizi alla Persona

I Titolari non adottano alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE PER SOSTENERE PROGETTI DI VITA  
INDIPENDENTE**

*(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

Al Comune di \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE:**

Il/la sig./ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

In qualità di  beneficiario,  tutore,  curatore,  amministratore di sostegno

familiare (specificare \_\_\_\_\_),  altro (specificare \_\_\_\_\_)

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione del buono sociale per sostenere progetti di vita indipendente secondo quanto definito nell' "Avviso per l'assegnazione di buoni sociali per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima con capacità di esprimere la propria volontà, tra i 18 e i 64 anni, assistiti da un assistente personale regolarmente e autonomamente assunto" (ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, 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, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA (Barrare una o entrambe le ipotesi)**

- Che il/la beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992
- Che il/la beneficiario/a è in possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;

Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_  
 (indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_)  
 rilasciato in data \_\_\_\_\_.

**DICHIARA INOLTRE**

**(Per poter accedere alla misura è necessario rientrare in tutte le fattispecie sotto indicate)**

- che il/la beneficiario/a **NON è accolto/a in via definitiva presso Unità d'offerta** sociale o sociosanitaria e/o **NON frequenta unità d'offerta** sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna;
- che il/la beneficiario/a **NON è accolto/a per un ricovero di sollievo**, superiore nell'anno a 60 giorni, in cui il costo totale del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- che il/la beneficiario/a **NON beneficia della Misura B1**;
- che il/la beneficiario/a **NON beneficia del Bonus per assistente familiare** iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- che il/la beneficiario/a **NON beneficia del contributo per progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto.**

Che il buono sociale erogato a favore del/la beneficiario/a verrà **utilizzato per sostenere le prestazioni di cura e supporto** fornite da:

Cognome e nome dell'assistente personale assunto	
--	--





Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Si allega (selezionare allegati al documento):**

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario (se persona diversa dal richiedente)
- Copia della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento
- Documentazione comprovante la regolarizzazione dell'assistente personale

---

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art. 7 del "Avviso per l'assegnazione di buoni sociali per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima con capacità di esprimere la propria volontà, tra i 18 e i 64 anni, assistiti da un assistente personale regolarmente e autonomamente assunto (ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_



**AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI PER SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI CON DISABILITÀ CON APPOSITI PROGETTI DI NATURA EDUCATIVA/SOCIALIZZANTE**  
*(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)*

**Presentazione delle domande dal giorno 17/05/2021**

**ART. 1 – FINALITÀ**

Il presente Avviso stabilisce, per l'anno 2021, i criteri d'accesso alla misura B2 "Misura a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza", in particolare allo strumento dei "Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico" previsto dalla DGR 4138/20 "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze triennio 2019-2021 – annualità 2020 esercizio 2021" e DRG 4408 del 17/03/2021 "Modalità di utilizzo Fondo Progetti di Vita Indipendente (PRO.VI) FNA 2019/2020 e ulteriori determinazioni Fondo Non Autosufficienze 2020 esercizio 2021 (integrazioni alla DGR N. XI/4138/2020)".

Con verbale n. 3 del 29/04/2021 dell'Assemblea dei Sindaci è stato inoltre approvato il Programma Operativo d'Ambito – FNA 2020.

Con questo intervento si intende sostenere la realizzazione del progetto educativo e socializzante volto a favorire la piena realizzazione e il maggior benessere psicofisico del minore disabile.

NON sono finanziabili con tale tipologia di voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto.

**ART. 2 - DESTINATARI**

Possono beneficiare di tali voucher i **minori disabili, che alla data di presentazione della domanda, sono in possesso dei seguenti requisiti:**

- avere **un'età compresa tra 0 e 17 anni**, per i quali è **attivo/attivabile un progetto di natura educativa/socializzante** (attuato presso enti convenzionati con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona) che favorisca il benessere psicofisico del minore;
- essere **residenti** in uno dei sette Comuni dell'Ambito di Castellanza (**Castellanza, Marnate, Olgiate Olona, Fagnano Olona, Solbiate Olona, Gorla Maggiore, Gorla Minore**);
- avere un **valore ISEE ordinario NON superiore a € 30.000,00**
- essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 e/o benefici dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988.
- **NON** beneficiare della **Misura B1**;



- **NON** essere accolto in via definitiva presso **Unità d’offerta residenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali e NON frequentare Unità d’offerta sociosanitarie o sociali semiresidenziali diurne.**
- **NON** essere in carico a un **ricovero di sollievo**, superiore nell’anno a 90 giorni, **nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;**
- **NON** beneficiare del **Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;**
- **NON** beneficiare o aver beneficiato dei **“Buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto”** DGR 4138/20 – 4408/21 (con decorrenza dal 01/05/2021).

In fase di presentazione della domanda sarà facoltà dell’assistente sociale del Comune di residenza di prevedere l’erogazione, in alternativa ai voucher sociali, di buoni sociali (dal 17/05/2021 al 17/06/2021) per minori con disabilità grave assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto.

### **ART.3 CARATTERISTICHE DEL VOUCHER:**

L’entità di ogni singolo voucher è pari ad **€ 40,00**. Ogni beneficiario può ricevere fino ad un **massimo di 30 voucher** (pari ad € 1.200,00), da utilizzare per l’attuazione di appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il benessere psicofisico del minore (esempio: pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi, etc.) concordati con l’assistente sociale del proprio Comune di residenza e delineati all’interno del PAI, fatta salva la possibilità di elevare la soglia massima a minore, a seguito di valutazione dell’assistente sociale debitamente documentata e in presenza di risorse residue. Il valore complessivo dei voucher assegnati potrà essere valutato anche in relazione all’effettivo costo del servizio previsto dal progetto.

I voucher devono essere utilizzati per progetti realizzati nel periodo compreso tra l’assegnazione dei voucher (comunicata al referente comunale e all’ente erogatore dall’Azienda) e la data del **31/05/2022 (termine ultimo per la realizzazione del progetto).**

NON sono finanziabili con tale tipologia di voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto.

I progetti, di natura educativa/socializzante, devono essere realizzati da soggetti convenzionati con l’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, il cui elenco è consultabile collegandosi al sito [www.aziendaspecialemedioolona.it](http://www.aziendaspecialemedioolona.it) (nella sezione: Servizi e progetti – Fondo per le Non Autosufficienze).

### **ART. 4 – PROCEDURE DI RICHIESTA DEI VOUCHER**

#### **4.1. IL RICHIEDENTE**

Per accedere alla misura, i legali rappresentanti dei soggetti di cui all’art. 2 del presente Avviso, dovranno presentare istanza **all’Ufficio Protocollo del Comune di residenza** (attraverso l’invio della domanda all’indirizzo di posta elettronica) su apposita modulistica scaricabile dal sito



[www.aziendaspecialemedioolona.it](http://www.aziendaspecialemedioolona.it) (nella sezione: Servizi e progetti – Fondo per le Non Autosufficienze) e consultabile nel proprio Comune di residenza, alla quale allegare:

- Copia carta d'identità e codice fiscale del legale rappresentante (richiedente) e del minore (beneficiario);
- Copia della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 e/o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento.

Le domande possono essere presentate **dal giorno 17/05/2021**.

#### 4.2 L'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE

Ricevuta la domanda, l'assistente sociale comunale, referente del caso, deve:

- a) verificare il possesso dei requisiti per l'accesso così come individuati all'art. 2 del presente Avviso (in particolare valore ISEE dichiarato dal richiedente);
- b) effettuare la *“valutazione del profilo del richiedente”* utilizzando la Scala di Valutazione Dipendenza Assistenziale Minori elaborata dall'Azienda Speciale Consortile Medio Olona. Nel caso di richiedenti con bisogni di natura sociosanitaria complessi, la valutazione sarà di carattere multidimensionale da effettuarsi con i servizi territoriali dell'A.S.S.T;
- c) predisporre il Progetto Individuale di Assistenza (PAI), che dovrà obbligatoriamente contenere:
  - ❖ **l'esito della valutazione sociale e/o multidimensionale** della persona;
  - ❖ la **declinazione per ogni dimensione di vita** della persona (Salute: interventi sanitari, sociosanitari e sociali, Istruzione/Formazione, Lavoro, Mobilità, Casa, Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità, Altro) i vari interventi e servizi già in atto o da attivare;
  - ❖ l'indicazione dei fondamentali **obiettivi** realizzabili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona disabile/anziana non autosufficiente e del suo nucleo familiare;
  - ❖ la descrizione degli interventi da sostenere con il **Voucher sociale per minori** con disabilità;
  - ❖ il valore **ISEE** considerato ai fini dell'erogazione della Misura.

Inoltre, nel Progetto devono essere evidenziate, in una logica di budget di cura e di presa in carico complessiva della persona, eventuali altri interventi di sostegno alla domiciliarità.

Il Progetto Individuale di Assistenza (PAI) dovrà obbligatoriamente essere condiviso e sottoscritto entro 30 giorni dalla comunicazione di accesso alla misura da parte dell'Azienda.

Il Progetto Individuale è sottoscritto oltre che da un referente dell'Ambito anche dalla persona/famiglia – o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica – e trasmesso all'ASST di competenza.

Nel caso di valutazione congiunta con l'équipe dell'ASST, esso è sottoscritto da un referente dell'Ambito, da un rappresentante dell'ASST, dalla persona/famiglia -o da chi



eventualmente ne garantisce la protezione giuridica- e dal responsabile del caso (*case manager*).

Entro il medesimo termine il PAI deve essere trasmesso all'Azienda al fine di procedere all'erogazione del buono.

- d) Trasmettere all'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona l'istanza per l'accesso alla misura presentata dal richiedente e copia del modulo di assegnazione voucher con indicazione precisa del numero voucher e dell'ente erogatore scelto dal beneficiario e dalla sua famiglia.

#### **ART.5 – CONSEGNA, UTILIZZO DEI VOUCHER ASSEGNATI E RICHIESTA DI RIMBORSO**

*CONSEGNA DEL MODULO DI ASSEGNAZIONE VOUCHER* - L'assistente sociale comunale consegnerà al rappresentante del minore beneficiario il modulo "Assegnazione voucher" (**Allegato B**), compilato, condiviso e sottoscritto, **solo dopo** che l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona avrà confermato l'assegnazione dei voucher richiesti, fino ad un massimo di n.30 voucher a minore, inviando comunicazione sia al referente comunale che alla struttura individuata per l'erogazione dei servizi/prestazioni.

*UTILIZZO DEI VOUCHER* - Il rappresentante del minore utilizzerà i voucher per la realizzazione del progetto di natura educativa/socializzante concordato con l'assistente sociale comunale, consegnandoli direttamente alla struttura selezionata e convenzionata con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona.

*RICHIESTA DI RIMBORSO DA PARTE DELLA STRUTTURA* - I voucher verranno liquidati dall'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona alla struttura convenzionata, dietro presentazione della richiesta di rimborso.

#### **ART.6 – VERIFICA, MONITORAGGIO ED EVENTUALE REVOCA DEI BENEFICI CONCESSI**

L'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati.

In caso di accertamento di non veridicità sostanziale dei dati dichiarati, l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona segnala d'ufficio il fatto all'Autorità Giudiziaria per le iniziative di competenza e procede alla revoca del beneficio concesso ed al recupero della quota dei benefici economici indebitamente ricevuti dal dichiarante.

Il finanziamento della misura sarà revocato dall'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, su proposta dell'assistente sociale comunale, in seguito a:

- perdita dei requisiti di accesso, così come definiti all'art. 2 del presente Avviso;
- cambio di residenza del beneficiario per trasferimento in un Comune non compreso nel territorio dell'Ambito territoriale di Castellanza;
- decesso del beneficiario;
- mancato rispetto da parte del beneficiario di quanto previsto e sottoscritto nel PAI.



#### **ART. 7 – REVISIONE DEL PRESENTE AVVISO**

L'assegnazione dei voucher avverrà fino ad esaurimento del budget assegnato al presente intervento. Il budget assegnato a tale misura, così come i requisiti di accesso approvati dall'Assemblea dei Sindaci in data 29/04/2021, potranno essere oggetto di rimodulazione, alla luce dell'andamento generale e specifico delle misure previste dalle DGR 4138/20 – 4408/21 nel corso dell'intera annualità.

#### **ART. 8 INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

I **Titolari** del trattamento dei dati sono:

- **L'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi Alla Persona** con sede in via Italia, 151 - 21050 Marnate (VA) che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:  
Telefono: 0331.502118 Indirizzo PEC: [amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it](mailto:amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it).
- Regione Lombardia con sede in P.zza Città di Lombardia, 1 - Milano - Direzione Generale Politiche Sociali, abitative e disabilità.

Il **Responsabile** della protezione dei dati (DPO) è contattabile al seguente indirizzo di posta elettronica: [paolo.tiberi@sinetinformatica.it](mailto:paolo.tiberi@sinetinformatica.it).

I dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato con finalità di **accesso all'intervento indicato con la presente domanda** e all'esecuzione di compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione del contributo economico ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. e) e del Regolamento UE 679/2016.

I dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Si comunica inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per ottenere il contributo economico; qualora non saranno fornite tali informazioni non sarà possibile ottenere la prestazione richiesta.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Sarà possibile far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i diritti dell'interessato, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo dei Titolari del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.



**Azienda Speciale Consortile**  
**Medio Olona**  
**Servizi alla Persona**

Per esercitare i suoi diritti, l'interessato potrà rivolgersi ai Titolari o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Può essere proposto reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora se ne ravvisi la necessità.

I Titolari non adottano alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.





**Allegato A**

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI PER SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI  
MINORI CON DISABILITÀ CON PROGETTI DI NATURA EDUCATIVA/SOCIALIZZANTE  
(ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)**

Al Comune di \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE:**

Il/la sig./ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

In qualità di  beneficiario,  tutore,  curatore,  amministratore di sostegno

familiare (specificare \_\_\_\_\_),  altro (specificare \_\_\_\_\_)

Per conto del **MINORE:**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Visto l' "Avviso per l'assegnazione di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante (ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

**CHIEDE**

L' assegnazione di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscono il loro benessere psicofisico



erogati da soggetti convenzionati con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona ed in particolare per:

- **il servizio di** \_\_\_\_\_
- **gestito da** \_\_\_\_\_
- **costo sostenuto** \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, 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, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA (Barrare una o entrambe le ipotesi)**

- Che il/la beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992
- Che il/la beneficiario/a è in possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;

Che il valore ISEE **ordinario** in corso di validità è pari ad Euro \_\_\_\_\_  
(indicare il n. protocollo INPS - ISEE \_\_\_\_\_ )  
rilasciato in data \_\_\_\_\_.

**DICHIARA INOLTRE**

**(Per poter accedere alla misura è necessario rientrare in tutte le fattispecie sotto indicate)**

- che il/la beneficiario/a **NON è accolto/a in via definitiva presso Unità d'offerta** sociale o sociosanitaria e/o **NON frequenta unità d'offerta** sociale o sociosanitaria semiresidenziale diurna;
- che il/la beneficiario/a **NON è accolto per un ricovero di sollievo**, superiore nell'anno a 90 giorni, in cui il costo totale del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- che il/la beneficiario/a **NON beneficia della Misura B1**;
- che il/la beneficiario/a **NON beneficia del Bonus per assistente familiare** iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71 e s.m.i., potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che determinino la perdita del diritto alla concessione del voucher;



- di essere a conoscenza che:
1. l'importo di ogni singolo voucher è pari a **€ 40,00**;
  2. il minore rappresentato potrà usufruire di un numero massimo di 30 voucher, per un ammontare complessivo di € 1.200,00, da utilizzare per la realizzazione del progetto di natura educativa/socializzante concordato con l'assistente sociale comunale, da attuarsi presso le strutture convenzionate con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona e da realizzarsi nel periodo compreso tra l'assegnazione dei voucher (comunicata al referente comunale e all'ente erogatore dall'Azienda) e la data del 31/05/2022 (termine ultimo per la realizzazione del progetto). La soglia massima riconosciuta a minore potrà essere innalzata solo a seguito di valutazione dell'assistente sociale debitamente documentata e in presenza di risorse residue. Il valore complessivo dei voucher assegnati potrà essere valutato anche in relazione all'effettivo costo del servizio previsto dal progetto.
  3. NON sono finanziabili con tale tipologia di voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto;
  4. l'assegnazione dei voucher avverrà a seguito di "valutazione del profilo del minore" che verrà effettuata dall'assistente sociale comunale e, nel caso di valutazione multidimensionale, dal personale dell'A.S.S.T.;
  5. a seguito della presentazione della domanda e della valutazione di essa sarà facoltà dell'Assistente sociale del Comune di residenza prevedere l'erogazione, in alternativa ai buoni sociali, di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante.

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Si allega (selezionare allegati al documento):**

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e del minore;
- Copia della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;

---

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art. 8 "Avviso per l'assegnazione di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante (ai sensi delle DGR 4138/20 – 4408/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Allegato B**

Da consegnare all'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona

**ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI DI NATURA EDUCATIVA/SOCIALIZZANTE A FAVORE DI MINORI DISABILI PRESSO LE STRUTTURE CONVENZIONATE CON L'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA SERVIZI ALLA PERSONA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Responsabile del settore/assistente sociale \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_, che ho ricevuto la richiesta di

assegnazione di voucher dal/la sig./ra \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

che in data \_\_\_\_\_ vengono assegnati al richiedente sopra citato **in totale** n° \_\_\_\_\_ **voucher** per la realizzazione del progetto di natura educativa/socializzante a favore del minore \_\_\_\_\_ da svolgersi presso la struttura:

<b>DENOMINAZIONE STRUTTURA CONVENZIONATA</b>	
<b>COSTO INTERVENTI DA REALIZZARE</b>	
<b>SINTETICA DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI DA REALIZZARE ATTRAVERSO L'ASSEGNAZIONE DEL/DEI VOUCHER</b>	
<b>TOTALE VALORE VOUCHER ASSEGNATI (1 voucher = 40,00 €)</b>	

A tal fine, mi impegno a consegnare copia della presente dichiarazione di assegnazione dei voucher all'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona e a consegnare al rappresentante del minore beneficiario il presente modulo compilato, condiviso e sottoscritto, **solo dopo** che l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona avrà confermato l'assegnazione dei voucher richiesti.

Luogo, Data \_\_\_\_\_

Firma del responsabile / assistente sociale comunale referente del caso

\_\_\_\_\_

Per accettazione / Firma del rappresentante del minore

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*Copia del presente modulo dovrà essere consegnato direttamente dal richiedente/beneficiario all'Ente convenzionato sopra indicato per la richiesta delle prestazioni.**

## Allegato C

**RICHIESTA DI CONVENZIONAMENTO CON L'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE MEDIO OLONA SERVIZI ALLA PERSONA PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI SOCIALI AI SENSI DELLA MISURA B2 DELLE DGR 4138/2020 "PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ E IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITÀ DI CUI AL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE TRIENNIO 2019-2021 – ANNUALITÀ 2020 ESERCIZIO 2021" DGR N. 4408/2021 REGIONE LOMBARDIA HA DELIBERATO "MODALITÀ DI UTILIZZO FONDO PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE (PRO.VI) FNA 2019/2020 E ULTERIORI DETERMINAZIONI FONDO NON AUTOSUFFICIENZE 2020 ESERCIZIO 2021 (INTEGRAZIONI ALLA DGR N. XI/4138/2020)"**

All'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona  
Via Italia, n°151 – Marnate

La Cooperativa/Associazione/Ente/Azienda \_\_\_\_\_  
con sede in via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
tel/fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n°. \_\_\_\_\_  
nella persona del legale rappresentante Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ domiciliato per la carica presso la sede della \_\_\_\_\_

in base all'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del medesimo DPR, 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, sotto la propria responsabilità,

**dichiara**

**di essere iscritto/a** (albo, registro o altro elenco)

**dal** (data di iscrizione) \_\_\_\_\_

e, pertanto, **chiede**

di convenzionarsi con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona per l'erogazione di prestazioni/servizi nell'ambito dei progetti di natura educativa/socializzante predisposti dagli uffici servizi sociali a favore di minori con disabilità, residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Castellanza, a cui sono stati assegnati i voucher sociali previsti dalla misura B2 DGR 4138/2020 e 4408/2021;

**consapevole**

- che i voucher devono essere utilizzati per progetti realizzati nel periodo compreso tra l'assegnazione dei voucher (comunicata al referente comunale e all'ente erogatore dall'Azienda) e la data del 31/05/2022 (termine ultimo per la realizzazione del progetto);
- che non sono finanziabili con tale tipologia di voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto.

---

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art. 5 *“Avviso finalizzato alla creazione di un elenco di Enti disponibili a convenzionarsi con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona per l'attuazione degli interventi previsti dalle DGR 2720/2019 – DGR 2862/2020 – DGR 3055/2020 - Misura B2 FNA 2019”*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Per l'Unità di offerta

\_\_\_\_\_



**Allegato D**

Da consegnare all'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona  
da parte dell'ente convenzionato

**MODALITÀ DI RIMBORSO DEI VOUCHER SOCIALI PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI DI  
NATURA EDUCATIVA/SOCIALIZZANTE A FAVORE DI MINORI DISABILI**

Ai fini della liquidazione del valore dei voucher utilizzati alla società/cooperativa convenzionata, la stessa dovrà trasmettere fattura/ricevuta fiscalmente valida (intestata all'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona e con applicazione dello split payment), accompagnata dalla seguente tabella controfirmata dal/la rappresentante del minore \_\_\_\_\_ e con allegata copia della carta d'identità.

n. voucher utilizzati/rendicontati	Valore totale dei voucher utilizzati/rendicontati (1 voucher = 40,00 €)	Servizio/prestazione erogata e data di erogazione	Firma del richiedente/rappresentate del minore



## RACCOLTA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

**Avviso finalizzato alla creazione di un elenco di Enti disponibili a convenzionarsi con l’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona per l’attuazione degli interventi previsti dalle DGR 4138/2020 – DGR 4408/2021 – Misura B2 FNA 2020**

### PREMESSO CHE:

- Con DGR n. 4138/2020 Regione Lombardia ha deliberato l’approvazione del *“Programma Operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze triennio 2019-2021” – annualità 2020 esercizio 2021*”;
- Con DGR n. 4408/2021 Regione Lombardia ha deliberato *“Modalità di utilizzo Fondo Progetti di Vita Indipendente (PRO.VI) FNA 2019/2020 e ulteriori determinazioni Fondo Non Autosufficienze 2020 esercizio 2021 (integrazioni alla DGR N. XI/4138/2020)”*;
- La misura B2 prevista dalle DGR 4138/2020 e DGR 4408/2021 si concretizza in interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita. I destinatari degli interventi sono persone di qualsiasi età che vivono al domicilio e che presentano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
- Nell’ambito della misura B2 *“Misura a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza”*, sono previsti i seguenti interventi: *“Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico”*.
- Con verbale n. 3 del 29/04/2021 l’Assemblea dei Sindaci ha approvato il Programma Operativo d’Ambito – FNA 2020 dando mandato all’Azienda Consortile di procedere con la pubblicazione degli avvisi per dare attuazione alle misure finanziate con il FNA 2021,

### ART. 1 - FINALITÀ DEL PRESENTE AVVISO

Per garantire l’assegnazione dei voucher a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza in possesso dei requisiti stabiliti da Regione Lombardia con DGR 4138/2020 e DGR 4408/2021 e, nel contempo, per assicurare ai beneficiari dei voucher l’effettiva possibilità di scelta attraverso la pluralità dell’offerta, si **intende** creare un **elenco di enti** convenzionati con l’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona per l’attuazione degli interventi previsti dalle DGR n. 4138/2020 e DGR 4408/2021, in particolare per **l’attuazione di appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il benessere psicofisico del minore** (esempio: *pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi, etc*).

Non sono finanziabili con tale tipologia di voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre - post scuola o attività di trasporto.

## **ART. 2 - ENTI CHE POSSONO CANDIDARSI PER ACCEDERE ALL'ELENCO**

Possono candidarsi all'elenco gli Enti che svolgono attività inerenti progetti di natura educativa/socializzante, che possano attestare l'iscrizione ad albi, registri o altri elenchi pubblici, da almeno 2 anni.

## **ART. 3 - FASI PER IL RICONOSCIMENTO DEL VOUCHER ALL'ENTE ISCRITTO ALL'ELENCO**

### *a) PRESENTAZIONE DOMANDE DA PARTE DEI CITTADINI*

I cittadini residenti in uno dei sette Comuni dell'Ambito Territoriale di Castellanza, in possesso dei requisiti previsti dagli avvisi pubblici pubblicati dall'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, dovranno presentare la domanda di richiesta di assegnazione dei voucher **all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza** (attraverso l'invio della domanda all'indirizzo di posta elettronica) su apposita modulistica scaricabile dal sito [www.aziendaspecialemedioolona.it](http://www.aziendaspecialemedioolona.it).

### *b) CONSEGNA DEI VOUCHER*

L'assistente sociale comunale, verificato il possesso dei requisiti per l'accesso, consegnerà al richiedente/beneficiario il modulo **"Assegnazione voucher" (Allegato B)** con l'indicazione del numero di voucher spettanti e della struttura convenzionata presso la quale spendere i voucher, solo dopo che l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona avrà confermato l'assegnazione dei voucher richiesti, fino ad un massimo di n° 30 voucher a minore, inviando comunicazione sia al referente comunale che alla struttura individuata per l'erogazione dei servizi/prestazioni.

### *c) UTILIZZO DEI VOUCHER*

Il richiedente/beneficiario, come concordato con l'assistente sociale comunale, utilizzerà i voucher per la realizzazione del progetto di natura educativa/socializzante presso uno dei soggetti convenzionati con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona, **consegnando copia del modulo "Assegnazione voucher" (Allegato B) direttamente alla struttura scelta.**

I voucher devono essere utilizzati per progetti realizzati nel periodo compreso tra l'assegnazione dei voucher (comunicata al referente comunale e all'ente erogatore dall'Azienda) e la data del **31/05/2021 (termine ultimo per la realizzazione del progetto).**

### *d) RICHIESTA DI RIMBORSO DA PARTE DELLA STRUTTURA*

I voucher verranno liquidati dall'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona alla struttura convenzionata.

Ai fini della liquidazione del valore dei voucher, la struttura convenzionata dovrà trasmettere fattura/ricevuta fiscalmente valida (intestata all'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona e con applicazione dello split payment), accompagnata dalla tabella allegata al

modulo “Assegnazione voucher” (Allegato D) – Modalità di rimborso dei voucher.

#### **ART. 4 - PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DA PARTE DEGLI ENTI INTERESSATI AD ESSERE INSERITI NELL'ELENCO**

Gli enti interessati ad essere inseriti nell'elenco dovranno compilare e trasmettere all'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona il modulo di richiesta (**allegato C al presente Avviso**) affinché l'Azienda possa poi procedere alla verifica delle dichiarazioni rese, alla predisposizione della convenzione, che verrà sottoscritta dai legali rappresentanti, e al successivo inserimento nell'elenco dei soggetti convenzionati.

#### **ART. 5 - INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

Il  **Titolare** del trattamento dei dati è:

- **l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi Alla Persona** con sede in via Italia, 151 - 21050 Marnate (VA) che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:  
Telefono: 0331.502118 Indirizzo PEC: [amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it](mailto:amministrazione@pec.aziendaspecialemedioolona.it).

Il **Responsabile** della protezione dei dati (DPO) è contattabile al seguente indirizzo di posta elettronica: [paolo.tiberi@sinetinformatica.it](mailto:paolo.tiberi@sinetinformatica.it).

I dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato con finalità di **accesso all'intervento indicato con la presente domanda** e all'esecuzione di compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione del contributo economico ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. e) e del Regolamento UE 679/2016.

I dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Si comunica inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per ottenere il contributo economico; qualora non saranno fornite tali informazioni non sarà possibile ottenere la prestazione richiesta.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Sarà possibile far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i diritti dell'interessato, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di

portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo dei Titolari del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Per esercitare i suoi diritti, l'interessato potrà rivolgersi ai Titolari o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Può essere proposto reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora se ne ravvisi la necessità.

I Titolari non adottano alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.