



**Allegato A**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE VOUCHER SOCIALI A FAVORE DI PERSONE DISABILI  
GRAVI E ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI PER L'ACQUISTO DI INTERVENTI  
COMPLEMENTARI E/O INTEGRATIVI AL SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA'  
(ai sensi della misura b2 della DGR 2883/2014 di Regione Lombardia)**

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

**IL RICHIEDENTE:**

Il sig./la sig.ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_

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**

- di poter accedere alla misura "Erogazione di voucher sociali a favore di persone disabili gravi e anziane non autosufficienti per l'acquisto di interventi complementari e/o integrativi al sostegno della domiciliarità erogati da soggetti convenzionati con l'Azienda Speciale Consortile medio olona servizi alla persona";

- L'assegnazione di n° \_\_\_\_\_ voucher che verranno utilizzati per acquistare gli interventi riportati nella tabella sottostante:

<b>DENOMINAZIONE STRUTTURA CONVENZIONATA</b>	<b>NOMINATIVO BENEFICIARIO</b>	<b>TIPOLOGIA INTERVENTO</b>	<b>NUMERO VOUCHER</b>

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 28/12/00 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, firma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia...", sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

#### **A) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE:**

- Che il/la minore \_\_\_\_\_ è in possesso della certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione Asl ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 e della diagnosi funzionale con un livello di gravità grave/gravissimo, come da certificazioni allegate;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "prestazioni agevolate di natura sociosanitaria", secondo quanto previsto dall'art. 7 D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro \_\_\_\_\_ come da certificazione ISEE allegata;

**B) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE:**

- Che il sig/la sig.ra \_\_\_\_\_ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro \_\_\_\_\_ come da certificazione ISEE allegata;

**C) IN CASO DI PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE:**

- Che il sig/la sig.ra \_\_\_\_\_ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari a Euro \_\_\_\_\_ come da certificazione ISEE allegata;
  
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche che determinino la perdita del diritto alla concessione del titolo sociale;
  
- 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 essere a conoscenza che:
  - 1) l'importo del voucher è di **€ 40,00**.
  
  - 2) il beneficiario può ricevere fino ad un massimo di 10 voucher, per un ammontare complessivo di € 400,00, **da utilizzare entro e non oltre il 31.12.2015**.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente o  
del responsabile dell'assistenza

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra.

In fede (firma) \_\_\_\_\_

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

**Si allega:**

- Copia carta d'identità e codice fiscale del beneficiario e della persona richiedente (se diversa dal beneficiario);
- (Solo in caso di minore disabile) Copia certificazione di gravità ai sensi della L.104/92;
- (Solo in caso di minore disabile) Copia della diagnosi funzionale;
- Copia del certificato d'invalidità;
- Attestazione ISEE;
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità
- Progetto Individuale di assistenza (PAI)
- Valutazione scale ADL e IADL