



Allegato A

**DOMANDA DI RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI PER
SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI CON DISABILITA'
(ai sensi della misura b2 della DGR 2883/2014 di Regione Lombardia)**

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 _____ (es. familiare, tutore, etc.) del minore.

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato:

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

PROV. _____ CODICE FISCALE _____

CHIEDE

- di poter accedere alla misura *“Erogazione di 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”*;
- l’assegnazione di n° _____ voucher che verranno utilizzati per acquistare gli interventi riportati nella tabella sottostante:



DENOMINAZIONE STRUTTURA CONVENZIONATA	NOMINATIVO BENEFICIARIO	TIPOLOGIA INTERVENTO	NUMERO VOUCHER

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

- 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;



Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona

- 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 di ogni singolo voucher è pari a **€ 40,00**.
 - 2) il beneficiario può ricevere fino ad un massimo di 20 voucher, per un ammontare complessivo di € 800,00, **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;
- Copia certificazione di gravità ai sensi della L.104/92;
- Copia della diagnosi funzionale;
- Attestazione ISEE;
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità
- Progetto Individuale di assistenza (PAI)
- Valutazione scale ADL e IADL