



Allegato A

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI PER SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI E ADULTI CON DISABILITÀ ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CON PROGETTI DI NATURA EDUCATIVA/SOCIALIZZANTE

(ai sensi della DGR 5791/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

**Presentazione delle domande al proprio Comune di residenza
dal giorno 05/05/2022 al giorno 10/06/2022**

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:**

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 e adulti con disabilità e anziani non autosufficienti con appositi progetti di natura educativa/socializzante (ai sensi della DGR 5791/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)



CHIEDE

L'assegnazione di voucher sociali per sostenere la vita di relazione 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;
- Di rinunciare alla domanda presentata per i buoni sociali;

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):

- beneficia** di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali (ad es. Home Care Premium, integrazione comunale retta di frequenza, etc...),
quale _____, del valore mensile di € _____
- non beneficia** di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali;
- frequenta** unità di offerta sociali o sociosanitarie semiresidenziali diurne **CON** compartecipazione a carico dell'ente comunale;
- frequenta** unità di offerta sociali o sociosanitarie semiresidenziali diurne **SENZA** compartecipazione a carico dell'ente comunale;
- non frequenta** unità di offerta sociali o sociosanitarie semiresidenziali.



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 _____;

b) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE (dai 18 ai 64 anni) o 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 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 residenziale;
- 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;
- **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 5791/21 (con decorrenza dal 15/03/2022 al 15/04/2022).
- 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 beneficiario 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 30/06/2023 (termine ultimo per la realizzazione del progetto). 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 beneficiario" che verrà effettuata dall'assistente sociale comunale e, nel caso di valutazione multidimensionale, dal personale dell'A.S.S.T.

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 della DGR 5791/21 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Luogo, data _____ Firma del richiedente _____