



Spett.le Comune di _____

Richiesta accesso alla misura FNA – B2 destinata a minori in condizioni di grave disabilità (DGR n.5791 del 21 dicembre 2021)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/_____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. (_____) cap _____
in via/piazza _____ n° _____
tel _____ e-mail _____

in qualità di

- tutore/curatore/procuratore (provvedimento nomina _____)
- genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
- in via esclusiva
 - in modo congiunto
- altro _____ (specificare)

del/la minore affetto/a grave disabilità:

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/_____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. (_____) cap _____
via/p.za _____ n° _____

CHIEDE

- l'assegnazione di un voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi, ecc.);
- l'assegnazione di un buono sociale mensile, anche a diversa entità, finalizzato a compensare le prestazioni assicurate dal caregiver familiare (autosoddisfacimento)

DICHIARA

che il minore in condizioni di grave disabilità:

- è residente nel Comune dove presenta la domanda;

- si trova in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992 ovvero di aver presentato domanda di richiesta di accertamento della condizione di cui all'art.3, comma 3 della L.104/1992 all'ASST di competenza oppure condizione di invalidità al 100% e beneficio dell'indennità di accompagnamento (di cui allega documentazione completa);
- presenta una situazione economica certificata dall'attestazione ISEE minori (D.Lgs. 159/2013) non superiore a € 40.000,00 e precisamente di: € _____ (come da attestazione/simulazione allegata');

DICHARA

che la persona in condizione di grave disabilità attualmente:

FREQUENTA servizi prima infanzia NO SI

FREQUENTA la scuola (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) NO SI

È INSERITA in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale NO SI

(es. Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa ...)

È INSERITA in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale NO SI

(es. Centro Diurno per Disabili, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)

Se SI, per un totale ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura), nei seguenti giorni

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

Servizi domiciliari comunali: NO SI

specificare quali e per quante ore _____

misura BI (ex DGR n. XI/4138/2020) NO SI

eventuale data di dimissione ____/____/____

altri contributi economici/misure di sostegno NO SI

specificare _____

altri servizi NO SI

specificare quali e con che frequenza _____

- di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
- di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge;
- di essere consapevole ed accettare che l'accesso in graduatoria che determinerà l'ammissione o meno al beneficio, in relazione alle risorse disponibili, è subordinata alla valutazione della fragilità sociale del minore beneficiario dell'intervento operata, anche telefonicamente, dall'assistente sociale attraverso specifici strumenti di valutazione (scheda provinciale di valutazione sociale);

- di essere consapevole che il voucher sociale verrà erogato ai minori che risulteranno ammessi al beneficio a seguito del risultato ottenuto nella graduatoria di Ambito, in relazione anche ai fondi disponibili e nel riconoscimento delle priorità e criteri di accesso stabiliti nel Bando;
- di impegnarsi, quale condizione indispensabile per l'erogazione del voucher, a condividere e sottoscrivere, un progetto assistenziale individualizzato esito della valutazione, secondo modulo allegato alla presente domanda, concordato dalla famiglia con l'assistente sociale referente del caso, sulla base di quanto richiesto e della valutazione sociale operata;
- di essere consapevole che l'assistente sociale nell'arco del periodo di erogazione del voucher effettuerà verifiche (tramite colloqui, visite domiciliari ecc..) relative al corretto svolgimento del progetto e che pertanto il voucher non verrà erogato se la famiglia non condivide la sottoscrizione del progetto o se viene verificata da parte dell'assistente sociale la mancata realizzazione dello stesso;
- di impegnarsi a comunicare al Servizio Sociale del Comune:
 1. l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in strutture residenziali;
 2. gli eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del voucher;
 3. l'eventuale decesso della persona beneficiaria.
- in caso di mancata presentazione dell'attestazione ISEE entro i termini di presentazione della domanda, di impegnarsi a perfezionare la domanda mediante presentazione dell'attestazione ISEE entro 30 giorni dalla data di scadenza del presente avviso, pena l'esclusione dal contributo;

A tal proposito dichiara di aver presentato copia della **vecchia certificazione dell'ISEE** con allegato copia della ricevuta di richiesta al CAF attestante l'appuntamento il giorno ____ / ____ / ____ alle ore _____

- di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità previste dall'Avviso pubblico;
- di trasmettere in allegato, ai fini dell'accreditamento del voucher sociale, gli estremi dell'Ente gestore la progettualità individualizzata condivisa.
- di comunicare, solo in caso di richiesta del buono sociale care giver, ai fini dell'accreditamento del buono, gli estremi di pagamento:

❖ conto corrente bancario n. _____ intestato a _____

Codice Fiscale _____ IBAN

Nel caso di conto corrente cointestato indicare i nominativo dei titolari e relativi codici fiscali:

Nominativo _____ CF _____

Nominativo _____ CF _____

Banca _____ agenzia di _____

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

- I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.
- Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.
- I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

A tal fine **ALLEGA**

*(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)*

- modello ISEE minori, compreso quello corrente, in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013
- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del minore e del dichiarante
(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)
- dichiarazione della struttura semiresidenziale in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale *(SOLO se frequentante)*
- preventivo dell'ente gestore il progetto individualizzato con gli estremi per la fatturazione (solo nel caso di richiesta voucher)

data

firma del dichiarante