



Spett.le Comune di _____

Richiesta accesso alla misura FNA – B2 destinata a MINORI in condizioni di grave disabilità o in condizione di non autosufficienza (DGR n.7751 del 28 dicembre 2022)

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

del/la minore affetto/a grave disabilità:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

in via/piazza _____ 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** per caregiver familiare, finalizzato a compensare le prestazioni assicurate dal solo caregiver familiare.

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 allegata)

DICHIARA

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 _____ nei seguenti giorni

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- servizi domiciliari comunali

(se si quali e per quante ore settimanali? _____)

NO SI

- misura B1 (ex DGR n.5791 del 2021)

NO SI

- altri contributi economici/misure di sostegno

NO SI

- altri servizi

NO SI

(eventuale data di dimissione ____/____/____)

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 buono/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**, 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 buono/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.

di non trovarsi in nessuna delle cause di **incompatibilità** previste dall'Avviso pubblico;

di comunicare, solo in caso di richiesta del buono sociale caregiver, ai fini dell'accreditamento del buono, gli **estremi di pagamento:**

❖ conto corrente¹ IBAN _____

Banca _____ agenzia di _____

intestato a _____ C. F. _____

Residente a _____ in via _____

Nel caso di conto corrente cointestato indicare i dati dei titolari:

Nominativo _____ CF _____

Residente a _____ in via _____

¹ Si ricorda che non è possibile effettuare bonifici su libretti postali.

Nominativo _____ CF _____
Residente a _____ in via _____

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 ordinario, 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)*

A cura dell'assistente sociale

Descrizione sintetica della situazione

Luogo e data

L'assistente sociale

firma dell'altro genitore
in possesso della responsabilità genitoriale

firma del dichiarante