

**DOMANDA 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 7751/2022 di Regione Lombardia – MISURA B2)**

**Presentazione delle domande al proprio Comune di residenza
dal giorno 15/03/2023 al giorno 02/05/2023**

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

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 _____

Visto il “Bando 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 7751/2022 di Regione Lombardia – misura B2) che si accetta integralmente con la sottoscrizione della presente istanza

CHIEDE

l'assegnazione di voucher sociali per sostenere la vita di relazione con appositi progetti di natura educativa/socializzante erogati da soggetti convenzionati con l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona.

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

- 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;
- Che il/la beneficiario/a è in attesa di verbale relativo all'indennità di accompagnamento e/o relativo alla condizione di gravità e che si impegnerà a produrlo entro e non oltre la data di approvazione delle graduatorie.

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
_____;
- Frequenta un centro diurno semiresidenziale volto all'assolvimento dell'obbligo scolastico;

IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE (dai 18 ai 64 anni):

- Che il valore ISEE **sociosanitario** in corso di validità è pari ad Euro:
_____ (indicare il n. protocollo INPS -
ISEE _____) rilasciato in data
_____;

IN CASO DI 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 avere accesso 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 (es. RSA, CSS, RSD, Hospice, Misure Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- che il/la beneficiario/a **NON** è accolto/a per un ricovero di sollievo per adulti per un massimo di 60 giorni programmabili nell’anno, per minori per un massimo di 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 di contributo da risorse progetti di Vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- che il/la beneficiario/a **NON** beneficia della **misura Home Care Premium/INPS HCP**;
- che il /la beneficiario/a **NON** è preso in carico con **Misura RSA aperta** ex DGR n.7769/2018
- che il/la beneficiario/a **NON** beneficia dei voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019)
- 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 l’accesso alla fase di valutazione delle domande da parte dell’Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona e la successiva assegnazione dei punteggi finalizzata a stendere le graduatorie, avverrà a seguito di “*valutazione del profilo della persona*” da parte dall’assistente sociale comunale e, nel caso di valutazione multidimensionale, congiuntamente con personale dell’ASST.;
- che i voucher sociali erogati a favore del richiedente/beneficiario saranno utilizzati per sostenere gli interventi concordati con l’Assistente Sociale Comunale nel PAI (Progetto Individuale di Assistenza) e realizzati dall’ente accreditato individuato;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni della situazione che determinino la perdita del diritto alla concessione dei voucher sociali;

Luogo, data _____ Firma del richiedente _____

Si allega (selezionare allegati al documento):

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente E del beneficiario (se diverso dal richiedente) – in caso di minore allegare i documenti sia del genitore che del minore;
- Copia della documentazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 e/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 del bando per l'assegnazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto” (ai sensi delle DGR 7751/2022 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Luogo, data _____ Firma del richiedente _____