



Spett.le Comune di _____

**DOMANDA di ACCESSO ALLA MISURA B2
DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2023 (esercizio 2024)
PER L'EROGAZIONE DI VOUCHER SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI GRAVE
DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA
(DGR N.XII/1669 del 28.12.2023 - DGR N.XII/2033 del 18/03/2024 - DGR N.XII/2166 del 15/04/2024)**

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 :

diretto interessato

oppure

tutore/curatore/procuratore (provvedimento nomina _____)

genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

in via esclusiva

in modo congiunto

altro _____ (specificare)

del/la Sig./Sig.ra o minore affetto/a da grave disabilità:

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

CHIEDE

l'assegnazione di **voucher sociale** dell'importo massimo di 1.500 euro per:

- Interventi di integrazione e rafforzamento del SAD;
- Interventi di CUSTODIA SOCIALE attivati in collaborazione con gli Enti del territorio che, attraverso la figura del Custode sociale, garantiscono a persone anziane, famiglie con minori e persone con disabilità, un aiuto per le piccole incombenze domestiche, un periodico monitoraggio dello stato di benessere, o compagnia;
- ricovero temporaneo in struttura Residenziale*;
- prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollevio";
- interventi 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.);
- percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al caregiver familiare;
- interventi di formazione/addestramento per rinforzare il lavoro di cura e la gestione dell'assistenza a favore del proprio familiare con disabilità/non autosufficiente.

*intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati).

Le prestazioni sono spendibili presso gli enti gestori accreditati con l'Ambito di Dalmine (eccetto per i ricoveri di sollievo).

DICHIARA

che la persona 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 beneficiario 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 per minori (ISEE ordinario);
 - non superiore a € 25.000,00 per adulti e anziani (ISEE socio sanitario);
 - non superiore a € 30.000,00 per adulti e anziani (ISEE socio sanitario);

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, CDD, CDI, SFA ...)

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

Se si, quali _____ 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 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 per cause imputabili al beneficiario, al caregiver o a chi ha presentato l'istanza;

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.

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)*
- per i RICOVERI DI SOLLIEVO lettera di accettazione della domanda di inserimento con preventivo di spesa allegato da parte della struttura residenziale scelta e /o fattura dei costi sostenuti a ricovero effettuato nel periodo di attivazione del bando (01.06.2024/31/05/2025).

firma dell'altro genitore
in possesso della responsabilità genitoriale

firma del dichiarante

A cura dell'assistente sociale:

Ipotesi progettuale utilizzo voucher

Ente erogatore scelto.....

Figura professionale	Costo orario	n. ore previste	Costo totale

Luogo e data

L'assistente sociale

firma dell'altro genitore
in possesso della responsabilità genitoriale

firma del dichiarante