

Spett.le Comune di _____

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE
PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATIVI DI ASSISTENZA DIRETTA
A FAVORE DI MINORI CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO
INTENSIVO ELEVATO
MISURA B2
PER IL PERIODO ESTIVO (CENTRI E ATTIVITA' ESTIVE) ANNO 2026**

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/lla 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 dell'importo fino a 1.500,00€ per:

prestazioni socioeducative/educative in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), finalizzate a sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso progetti di natura educativa/socializzante che favoriscono il benessere psicofisico, il miglioramento della qualità di vita e l'inclusione sociale della persona, nonché il supporto/sollievo al caregiver nel compito di cura, durante il periodo estivo (giugno – settembre 2026)

DICHIARA

che il minore (età inferiore a 18 anni) con 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 per minori (ISEE ordinario) compreso anche ISEE corrente.

DICHIARA

che il minore attualmente:

FREQUENTA servizi prima infanzia NO SI

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

È INSERITO 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 INSERITO 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, SFA ...)

Se SI, per un totale ore settimanale di _____ nei seguenti giorni _____

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- servizi domiciliari

(se sì 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 sì, 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 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 della tessera sanitaria del minore e del dichiarante *(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)*
- *copia del provvedimento di nomina Ads/Curatore/Tutore.*

Per coloro che hanno già presentato domanda di intervento integrativo sociale lo scorso anno, è sufficiente allegare la Carta d'Identità e NON E' OBBLIGATORIO l'inserimento dei restanti documenti SE ANCORA IN CORSO DI VALIDITA'.

A cura dell'assistente sociale:

IPOTESI PROGETTUALE utilizzo voucher con **ENTE:**

Nel periodo dal al

periodo di erogazione del servizio dal **08.06.2026 al 30.09.2026**

breve descrizione della situazione e dell'utilizzo del voucher:

Figura professionale	Costo orario	n. ore previste	Costo totale

Luogo e data

L'assistente sociale

firma dell'altro genitore
in possesso della responsabilità genitoriale (PER I MINORI)

firma del dichiarante