



**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL VOUCHER SOCIALE
PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE DI MINORI DISABILI (3/16 ANNI)
ALLE ATTIVITA' ESTIVE DEL TEMPO LIBERO (D.G.R. N. 1253/2019)**

Protocollo riservato al Comune
Data e ora

Istanza raccolta dai Servizi Sociali del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a

Nome e Cognome di chi presenta la richiesta

nato/a a _____ prov. _____ il _____

C.F. _____

residente a _____

in via /piazza _____ n. _____

recapito telefonico _____

indirizzo di posta elettronica _____, posta certificata _____

relazione di parentela con il/la minore _____

CHIEDE

per il/la minore

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

C.F. _____

residente a _____

in via /piazza _____ n. _____

la concessione di un VOUCHER per interventi educativi e di assistenza presso le attività estive del tempo libero, come previsto da specifico Progetto individualizzato. A tal fine consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità degli atti sono puniti ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- a) che il/la minore è in possesso di riconoscimento di invalidità civile del 100% con diritto all'indennità di frequenza o è disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 (allegare copia della certificazione);
- b) che il/la minore non è beneficiario della Misura B1;
- c) di possedere un'attestazione ISEE in corso di validità pari a € _____;
- d) che nessuno altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda per l'assegnazione del Voucher
 che hanno presentato domanda n. ____ minori dello stesso nucleo familiare;

- e) di essere a conoscenza che il beneficio spettante non può coprire le prestazioni in esubero rispetto al monte ore massimo di assistenza, stabilito in n. 60;
- f) di impegnarsi a comunicare eventuali motivi che facciano sospendere od annullare il diritto di concessione del voucher;
- g) che i componenti del nucleo familiare, oltre il beneficiario, sono i seguenti (dato richiesto ai fini della rendicontazione a Regione Lombardia):
- Padre Entrambi i genitori
 - Madre Entrambi i genitori + fratelli/sorelle
 - Padre + fratelli/sorelle Madre + fratelli/sorelle
- h) che il minore è in una delle seguenti condizioni patologiche:
- Demenza – Alzheimer
 - Disabilità a seguito di evento traumatico
 - Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria
 - Disabilità sensoriale
 - Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson...)
 - Disabilità comportamentale (compresi i disturbi dello spettro autistico)
 - Ritardo mentale
 - Sindromi congenite su base cromosomica (Down...)
 - Distrofie muscolari e altre miopatie
 - Sclerosi multipla
 - Altro (da considerarsi solo come opzione residuale)

.....

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del regolamento UE 2016/679

Ai sensi della normativa di riferimento, la informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei suoi dati personali è indispensabile ai fini dell'erogazione del voucher da lei richiesto e viene realizzato dal personale dei servizi sociali di ambito nonché da personale dei servizi socio-sanitari del territorio, anche con l'ausilio di mezzi informatici. I suoi dati saranno inoltre trasmessi a Regione Lombardia in fase di rendicontazione dei benefici erogati.

Preso atto dell’informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali finalizzati all'erogazione della prestazione richiesta.

_____, li _____

In fede

Allegati

- Copia del verbale di Invalidità Civile al 100% con indennità di frequenza o certificazione L104/1992
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente