**EROGAZIONE DI VOUCHER SOCIALI A FAVORE DI MINORI CON DISABILITÀ GRAVE**

**MISURA B2 FNA 2024 – ESERVIZIO 2025 (DGR 3719/2024)**

|  |
| --- |
| **RICHIESTA VOUCHER SOCIALE PROGETTO ESTIVO ANNO 2024** |

Il/La sottoscritto/a

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

eventuale indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di GENITORE o TUTORE del seguente minore in condizioni di disabilità grave, iscritto presso un Centro Ricreativo Diurno (CRE)/Spazio Estivo, in esercizio nel periodo estivo anno 2022:

**DATI MINORE**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cod. fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

di poter usufruire, *ai sensi della Misura B2 dell’FNA 2023 (esercizio 2024),* dell’erogazione di un **VOUCHER SOCIALE PROGETTO ESTIVO ANNO 2024.**

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

**DICHIARA**

* di essere residente in uno dei 17 Comuni dell’Ambito di Romano di Lombardia;
* la presenza nel nucleo familiare un componente minorenne affetto da disabilità grave o non autosufficienza, accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 ovvero beneficiario dell’indennità di accompagnamento, di cui alla Legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con Legge n. 508/1988 (*come da copia certificazione allegata*);
* di possedete Attestazione I.S.E.E. ordinario non superiore a € 40.000 - in corso di validità;
* che il/la proprio/a figlio/a frequenterà il seguente CRE/Spazio Estivo nel periodo estivo 2025: Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ente Gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di frequenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n° settimane \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere a conoscenza che le prestazioni di assistenteza socio-educatica del VOUCHER SOCIALE PROGETTO ESTIVO verranno erogate in base al Progetto Individuale concordato con il Servizio Sociale e l’Ente erogatore scelto dalla famiglia;
* di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque fatto che implichi la sospensione o l’interruzione dell’erogazione del Voucher Sociale;

**Informativa ai sensi dell’Art. 13 del Regolamento UE 679/16 (GDPR)**

Ai sensi del GDPR, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, La informiamo di quanto segue:

* + i dati personali sono raccolti e trattati esclusivamente per l’erogazione delle misure previste nel presente bando;
  + titolare del trattamento dei dati è l’ASC Solidalia. Il trattamento è effettuato da Solidalia e dai Comuni mediante propri soggetti interni autorizzati o responsabili esterni del trattamento appositamente nominati;
  + il trattamento dei dati personali forniti è obbligatorio ai fini dell’erogazione delle misure. Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l’impossibilità ad accedere alle misure;
  + il trattamento dei dati è effettuato con mezzi cartacei e informatici. Sono adottate misure tecniche ed organizzative, ai sensi dell’art. 32 del GDPR, adeguate a garantire la protezione, la sicurezza e l’integrità dei propri dati personali. Non è previsto il trasferimento di dati in Paesi terzi extra UE. Non si ricorre a profilazione o ad altre forme di trattamento interamente automatizzato dei dati;
  + l’interessato può richiedere l’accesso ai propri dati personali ed esercitare gli altri diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del GDPR. L’interessato può ottenere l’informativa completa sul trattamento dei dati personali accedendo al sito [www.aziendasolidalia.it](http://www.aziendasolidalia.it), oppure facendone richiesta gli uffici dell’Azienda.
* Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso atto dell’informativa sul trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, e che il trattamento dei dati è obbligatorio per conseguire gli scopi per i quali è posto in essere, ovvero l’erogazione del Voucher Sociale.

Luogo e data .......................................................Il Dichiarante ...........................................................................

**ALLEGA**

* Certificazione della gravità, così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della Legge n104/1992 oppure come beneficiario dell’indennità di accompagnamento, di cui alla Legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con Legge n. 508/1988
* Attestazione I.S.E.E. ordinario non superiore a € 40.000 - in corso di validità;
* Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente.

**ALLEGATO A - PROGETTO INDIVIDUALE** (a cura dell’Assistente Sociale)

* **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**
* *CAREGIVER FAMILIARE*

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo | Grado di parentela |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* *SERVIZI/INTERVENTI ATTIVI (RETE FORMALE)*

Assistenza Educativa Scolastica Assistenza economica

SAD Comunale Sostegno abitativo

CDOM (ASST) Assistenza Privata

SPAZIO AUTISMO

Altro ………………………………………………….

Eventuali note aggiuntive (es: servizi informali attivi):……………………………………………… …….………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………….

* **SINTESI BISOGNI RILEVATI** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

* **OBIETTIVI DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO** (realizzabili in termini di qualità di vita e di benessere psico-fisico del minore disabile) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **MODALITÀ DI REALIZZAZIONE** (interventi da sostenere con il Voucher Sociale)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO**

Le parti, sottoscrivendo il presente progetto, si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data .......................................................

Il Caregiver Familiare ...........................................................

Assistente Sociale ...........................................................

**ALLEGATO B – VOUCHER SOCIALE** (a cura dell’Assistente Sociale)

|  |
| --- |
| **VOUCHER SOCIALE PROGETTO ESTIVO ANNO 2024** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A CURA DELL’ASSISTENTE SOCIALE** | **DATI BENEFICIARIO**  Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ |
| **ORE MESSE A DISPOSIZIONE DAL VOUCHER SOCIALE ASC SOLIDALIA**   |  |  | | --- | --- | | **N. ORE (MAX 48)** | **TOTALE VOUCHER SOCIALE (MAX € 1104)** | |  |  |   *Assistente Sociale*  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **A CURA DEL RICHIEDENTE** | Il richiedente:   * + **accetta il Profilo di Voucher Sociale assegnato e il Progetto Individuale concordato**;   + **sceglie il seguente soggetto erogatore:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**;**   Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |