Al Comune di ……….……………………

(*Comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale*)

**DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI TITOLI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO 2021**

**ai sensi della misura B2 delle DGR n. 4138/2020, 4443/2021, 4562/21 di Regione Lombardia**

**MINORI CON DISABILITA’**

**RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) ……………………………. (nome) …………………...………..…………..

nato/a a …………………………………………..…………. prov. ……… il ….……..….………………....

residente in (comune) ………………………..……….. via …………...……………….……… n .….……

telefono………………………….. codice fiscale……….……………………………………………………

indirizzo email ……………………………………………………………...………………………………….

in qualità di  genitore  tutore

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato**

|  |
| --- |
| cognome ……………………………. nome ……………………………..…………..nato/a a …………………………………………..…………. prov. ……… il ….……….………………...residente in (comune) ………………………..……….. via …………...……………………… n. .….……telefono……………………… codice fiscale……….……………………………………………… |

**CHIEDE**

in attuazione delle DGR 4138/20, 4443/2021, 4562/21 e dell’avviso pubblico adottato dall’Assemblea dei Sindaci dell’Ambito Distrettuale Val Seriana nell’adunanza del 30/06/2021 ed emanato in data 01/07/2021 da Servizi Sociosanitari Val Seriana:

 VOUCHER SOCIALE - Intervento Minori

 CONTRIBUTO UNA TANTUM - **Fondo caregiver familiare per l’anno 2021** ai sensi della DGR n. XI/4443/2021, dichiarando la presenza di un caregiver familiare:

  Sì  No

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell’art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA CHE**

**Il/la minore…………………...…………..……………………………..……………... (beneficiario)**

1. È stato/a riconosciuto/a invalido/a con indennità di accompagnamento e/o in condizione di gravità come accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
2. Il nucleo familiare anagrafico è così composto (indicare i componenti e la tipologia di parentela):
3. …………………………………………..……………………………………………………………
4. …………………………………………..……………………………………………………………
5. …………………………………………..……………………………………………………………
6. …………………………………………..……………………………………………………………
7. …………………………………………..……………………………………………………………
8. …………………………………………..……………………………………………………………
9. Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con disabilità grave (ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/92):

□ Sì □ No

1. Individua come **caregiver** **familiare** il/la sig./sig.ra (cognome e nome) ………………………………………………………………………

(specificare il grado di parentela o il tipo di relazione e allegare il documento di identità) ………………………………………………….. Codice Fiscale …………………………………, che dedica n. …………..ore al giorno alla funzione di caregiver.

1. La persona negli scorsi anni ha beneficiato della Misura B2:

□ Sì □ No

1. Il Voucher viene richiesto per i seguenti **interventi educativi/socializzanti** della durata di almeno 2 mesi (a sostegno del Progetto individuale) quali ad esempio: interventi per l’autismo, pet-teraphy, attività motoria, ecc. (allegare una pagina descrittiva per ciascun progetto)

…………………………………………………………...dal….……..…….al………………… costo mensile……………………...

…………………………………………………………...dal….……..…….al………………… costo mensile……………………...

1. …………………………………………………………...dal….……..…….al………………… costo mensile……………………...
2. Utilizza altri servizi:

□ Contributi economici (specificare)……………………………………………………...……………..

□ SADH

□ ADI

□ Altro ……………………………………………………………………………………...………………

□ Nessun servizio

1. In caso di accoglimento della domanda, la liquidazione del beneficio economico va effettuata sul conto corrente bancario o postale numero:

banca/uff. postale ……………………………………… agenzia / filiale …………..…..….……

comune di ……………………….. codice IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

intestato a …………………………….…………………………..…………………..……………………….

In fede (*firma di entrambi i genitori)* Luogo e data:

…………………………………………

………………………………………… ….…………………………………..

Si allegano:

* Copia della carta di identità del beneficiario e del richiedente (del delegato alla riscossione e del caregiver familiare);
* Attestazione ISEE ordinario;
* Pagina descrittiva del progetto da sostenere col voucher B2);
* Copia verbale di accertamento d’invalidità (con indicata la diagnosi) del beneficiario e verbale Legge 104/92;
* Copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela) o responsabilità genitoriale esclusiva;
* Modulo consenso informato.