**VOUCHER SOCIALE PER INTERVENTI CHE FAVORISCONO IL BENESSERE PSICOFISICO E SOSTENGONO LA VITA DI RELAZIONE DI ADULTI E ANZIANI CON DISABILITA’.**

**AI SENSI DELLA D.G.R. 7751/2022**

**“B2 - MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA”**

**Il richiedente - o tutore o curatore o ADS:**

*Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Sesso*  *maschio*  *femmina*

*Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Residenza Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**C H I E D E**

**L’ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE A FAVORE DI:**

*Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Sesso*  *maschio*  *femmina Età \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Residenza Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n°445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Di essere a conoscenza che Ai sensi dell’art. 11 del D.Lgs. n. 159 del 5 dicembre 2013, l’ufficio competente potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine della correlazione di errori materiali.

Che qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, l’Azienda ASPA adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

Che il Comune di residenza effettua, tramite il servizio sociale, la verifica della conformità dell’utilizzo del Voucher Sociale rispetto al progetto concordato (patto assistenziale con la famiglia).

**DICHIARA ALTRESI’ CHE**

* il beneficiario è residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
* che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una attestazione ISEE socio sanitario pari o inferiore ad € 25.000;
* il beneficiario è in possesso di certificazione di invalidità ed è altresì in possesso di:
	+ certificato indicante la condizione di gravità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;
	+ in attesa di definizione dell’accertamento della condizione di gravità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;
	+ indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980 e successive integrazioni e modifiche con la L. 508/1988;
* il richiedente, se diverso dal beneficiario, è autorizzato con atto di nomina dell’Autorità Giudiziaria;
* il beneficiario non è accolto definitivamente presso Unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
* la persona non beneficia di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
* il beneficiario non è percettore della Misura B1;
* il beneficiario non usufruisce di Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
* il beneficiario non è percettore di contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente;
* il beneficiario non è preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
* il beneficiario non usufruisce di prestazioni Home Care Premium/INPS HCP;
* il beneficiario è nella seguente situazione famigliare (barrare):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situazione Famigliare** | **Presenza caregiver famigliare convivente** | Sì |
| No |
|  |
| **Presenza di altro famigliare convivente con disabilità** | Altro famigliare con invalidità accertata tra 60 -99% |

* il beneficiario nell’anno in corso, ha usufruito o sta usufruendo di servizi educativi domiciliari e/o privati;
* il beneficiario ha compartecipato alla spesa nella misura di:
* superiore al 50%
* inferiore al 49%
* regime di esenzione

DICHIARO DI

comunicare tempestivamente, entro 30 giorni dall’evento, all’ufficio servizi sociali del Comune di residenza, il verificarsi di una delle seguenti situazioni che comportano la decadenza o sospensione della misura:

* Trasferimento in Comune al di fuori di Regione Lombardia;
* Cambio di residenza;
* Ricovero di sollievo o definitivo in struttura (RSA, RSD, comunità alloggio, CSS,….);
* Decesso.

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** |

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

In armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che il soggetto interessato prenda visione di una serie di informazioni che lo possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegando quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

Il trattamento dei dati personali, particolari ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16 e giudiziari ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16 sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.
Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del GDPR è l’Azienda Speciale Servizi alla Persona dell’Asolano ASPA.

I Titolari del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR sono i Comuni dell’Ambito Territoriale di Asola, ciascuno dei quali in riferimento alle richieste ad essi presentate.

L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.
L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici del Titolare del trattamento e consultabile sul proprio sito web.

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale del Titolare del trattamento.

FORMULA DI CONSENSO

• con la firma in calce, il sottoscritto presta il consenso informato al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/16 come previsto nella summenzionata informativa al trattamento che si richiama integralmente.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai fini della presentazione della presente domanda allega:**

1. Fotocopia del documento di identità del richiedente e del beneficiario;
2. Eventuale permesso di soggiorno in corso di validità o ricevuta;
3. Certificazione ISEE 2023;
4. Verbale di invalidità;
5. Certificato indicante la condizione di gravità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;
6. Copia dell’atto di nomina provvedimento dell’Autorità Giudiziaria (tutela, curatela, ADS);
7. Progetto e preventivo di spesa compilato su modulo allegato;
8. Copia IBAN del Comune di residenza del beneficiario.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROGETTO VOUCHER ANZIANI E DISABILI**

AI SENSI DELLA D.G.R. N. 5791/2021

“B2 - MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA”

**AMBITI DI INTERVENTO**

* Socializzante
* Benessere psicofisico
* Supporto al caregiver famigliare
* Altri progetti di natura educativa/socializzante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBIETTIVI E FINALITÀ DA RAGGIUNGERE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI REALIZZAZIONE**

* Tramite Comune di residenza
* Contratto/convenzione con cooperativa sociale
* Contratto/convenzione con azienda/ditta privata
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TEMPI**

Il progetto deve essere realizzato in un periodo di tempo massimo di dodici mesi. Il riconoscimento del beneficio decorre dalla data di approvazione della graduatoria.

**COSTI PREVENTIVATI**

Tipologia di personale impiegato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Costo orario: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo di realizzazione: da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° ore totali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Costo totale: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MONITORAGGIO E CONTROLLO**

Figura di riferimento: Case manager – Assistente Sociale del Comune

Entro il 30/09/2023 e comunque al termine del progetto.

1. **SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Dichiaro di aver provveduto alla:

1. compilazione modulo on-line
2. caricamento della documentazione compilata e scansionata nella sezione documenti

in Cartella Sociale Informatizzata.

Si allega prima stesura PAI.

*Luogo e data*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L’Assistente Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_