Al Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Domanda per l’attivazione della Misura B2 – VOUCHER ESTIVO ai sensi delle D.G.R. N. 4138 del 21.12.2020

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tel. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere al beneficio proposto dall’Ambito territoriale n. 9 per VOUCHER ESTIVO

- a favore di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare il grado di parentela o l’eventuale ruolo esercitato (amministratore di sostegno, tutore)*

L’ente accreditato emetterà una fattura all’Ambito e una fattura alla famiglia relativa alla quota di compartecipazione dovuta.

Data \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 Firma del richiedente

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

*INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI*

*Ai sensi dell'art 13 Reg. Ue 679/16, i dati acquisiti in esecuzione della presente domanda verranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale gli anzidetti dati vengono comunicati, secondo le modalità previste dalla legge e dai regolamenti vigenti. Titolare del trattamento è il responsabile del procedimento.*

**Progetto individualizzato per l’attivazione della Misura B2 ai sensi delle D.G.R. N. 4138 del 21.12.2020**

|  |
| --- |
| **DATI DEL BENEFICIARIO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La Sig./Sig.ra |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| nato/a a |  |  |  il  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Residente a |  |  | domiciliato/a a  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| tel.  |  |  | indirizzo e-mail  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Codice Fiscale |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE** |

**COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME/COGNOME** | **RAPPORTO DI PARENTELA**  | **ETA’** | **NOTE (invalidità, non effettivamente conviventi …)**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ATTESTAZIONE ISEE in corso di validità:** € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIFFORMITA’ e/o OMISSIONI** SI **□** NO **□**

**Note: …………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INVALIDITA’** | **Riconosciuta in data** | **Revisione in data** |
| **□** Diritto all’indennità di accompagnamento ai sensi del L. 18/90 e successive modifiche previste dalla L. 508/88; |  |  |
| **□** Disabile grave ai sensi dell’art.3 comma 3 della L.104/1992 (INPS)  |  |  |
| **□** in fase di accertamento dell’art.3 comma 3 della L.104/1992 | **DATA RICEVUTA DI INVIO ALL’INPS** ……………………. |  |

**DIAGNOSI COME DA VERBALE INPS:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDIZIONE PATOLOGICA (barrare solo una patologia):**

* Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
* Disabilità a seguito di un "evento traumatico" (es. incidente stradale, caduta, trauma da parto, Tetraplegia, Emiplegia, Locked-In, Stato vegetativo, Cerebrolesione)
* Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia…)
* Disabilità sensoriale
* Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, Malattia di Huntington...)
* Disabilità comportamentale (compresi 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)

**SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI GIA’ ATTIVI (è possibile barrare più voci):**

□ persona beneficiaria di servizio educativo domiciliare

□ persona beneficiaria di Assistenza all’Autonomia Scolastica per n. …….ore/settimanali

□ persona già in carico al Servizio Sociale Comunale;

□ persona beneficiaria di altri interventi sociali, *(indicare quali):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MISURE ECONOMICHE:**

□ persona beneficiaria di altri finanziamenti pubblici per la realizzazione del proprio progetto di vita, *(indicare quali):*

**SERVIZI SPECIALISTICI TOTALMENTE A CARICO DEL SOGGETTO O DELLA FAMIGLIA** (logopedia, Scuolaba, fisioterapie conservative, pet therapy etc.):

* Ente: ……………………………………………….. intervento specialistico………………………….. costo medio annuo per la famiglia: …………………………………
* Ente: ……………………………………………….. intervento specialistico:………………………… costo medio annuo per la famiglia:………………………………
* Ente: ……………………………………………….. intervento specialistico:………………………… costo medio annuo per la famiglia: …………………………

**RETE DI VOLONTARIATO DI SUPPORTO** (organizzazioni, vicinato etc.)

* Denominazione: …………………………………………………………………………………….…..

Prestazioni assicurate……………………………………………………………..……………………..

Impegno mensile:………………………………………………………………………………………...

* Denominazione: ………………………………………………………………………………………..

Prestazioni assicurate……………………………………………………………..……………………..

Impegno mensile: ………………………………………………………………………………………...

**VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE DALLA QUALE SI POSSA DESUMERE LA QUALITA’ DEL CONTESTO FAMILIARE E L’ONEROSITA’ DEL CARICO ASSISTENZIALE SECONDO QUANTO RIPORTATO NEL BANDO AL PUNTO D.3.**

* 1. Rete di assistenza;
	2. Assistenza continuativa per bisogni primari (igiene personale, vestizione);
	3. Assistenza continuativa per bisogni primari (alimentazione);
	4. Assistenza continuativa per deambulazione;
	5. Assistenza continuativa per supporto alla comunicazione;
	6. Assistenza continuativa per supporto alla socializzazione;
	7. Assistenza continuativa per somministrazione farmaci;
	8. Assistenza continuativa per problematiche di comportamento;

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

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

# PROGETTO INDIVIDUALE

**□ PERSONA ASSISTITA A DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME/COGNOME** | **RAPPORTO DI PARENTELA**  | **ETA’** |
|  |  |  |
| **PRESTAZIONI ASSICURATE DAL CAREGIVER:**…………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………. |

**OBIETTIVI DA REALIZZARE:**

* ………………..
* ………………..

**INTERVENTO SVOLTO PRESSO:**

□ Domicilio

□ altro: …………………………………………………………………………………………………………………………………

**PERIODO DI DURATA DEL PROGETTO:**

Dal ……………………………… al ………………………………………… per complessive n. settimane ………………

**ORE RICHIESTE n. ………………/SETTIMANALI PER UN TOTALE DI ……………………… ORE.**

# Modalità di monitoraggio/verifica:

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

**Case Manager del progetto**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Idoneo alla Misura 2 per:**

□ Voucher estivo

Luogo e data ……………………..

 Il beneficiario

(*o chi esercita la potestà genitoriale, tutore, amministratore di sostegno*)

 …………………………………………………

 Firma e Referente del Comune

 ………………………………………..

 Firma Referente A.S.S.T

 ………………………………………..

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art 13 Reg. Ue 679/16, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell’accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell’Ufficio di Piano dell’Ambito 9 - Bassa Bresciana centrale, 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 che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

…………………..il……………………. Firma…………………………………

**Allegati:**

* Copia del verbale di Invalidità Civile al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione L104/1992 art.3 comma 3 (INPS) o ricevuta di inoltro ad INPS in caso di persona in fase di accertamento
* Attestazione ISEE in corso di validità
* Fotocopia della carta d’identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario
* Scheda ADL compilata