Spett.le

UFFICIO DI PIANO

AMBITO DI TIRANO

Comunità Montana Valtellina di Tirano

Via Maurizio Quadrio 11,

23037 TIRANO

**PEC: udp.cmtirano@pec.cmtirano.so.it**

**MAIL: udp@cmtirano.so.it**

**DOMANDA PER L’ACCESSO ALLA MISURA VOUCHER SOCIALE PER SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI CON DISABILITÀ anno 2025**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail/PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN QUALITA’ DI**

* genitore
* tutore
* curatore
* amministratore di sostegno

del minore**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l’assegnazione di un voucher socializzante o voucher educativo** (la tipologia del voucher viene definita in accordo con l’assistente sociale di riferimento - i centri estivi erogheranno solo voucher socializzanti)

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

* di aver preso visione del “Bando per l’assegnazione di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità anno 2025” e di accettarne le condizioni;
* che il minore è in possesso dei requisiti di accesso di cui all’art. 2 del Bando;
* che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente ISEE **per prestazioni agevolate ai minorenni**, allegato alla domanda, risulta essere pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure di aver presentato la DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013) - in questo caso l’Ufficio di Piano acquisirà l’attestazione relativa all’ISEE direttamente dall’INPS;
* che il minore NON fruisce alla data di presentazione della domanda, dei seguenti servizi
1. accoglienza definitiva presso Unità d’offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSD, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
2. ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
3. del contributo concesso nelle misure previste dell’ATS in favore delle persone con sostegno intensivo molto elevato (B1);
4. Voucher disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019)
5. Home Care Premium/INPS HCP.
* che il minore fruisce alla data di presentazione della domanda, dei seguenti servizi (segnare)
* interventi di assistenza domiciliare (SAD-ADI)
* ricovero ospedaliero e riabilitativo;
* interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare
* ricovero di sollievo per minori per massimo 90 giorni programmabili nell’anno
* sostegni Dopo di Noi

**SI IMPEGNA** in caso di assegnazione del voucher:

- alla sottoscrizione del Progetto Individuale;

- a consegnare tutta la documentazione attestante la condizione sanitaria del minore a seguito di richiesta del Servizio Sociale;

- a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza del diritto di assegnazione del voucher all’Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall’evento stesso.

**COMUNICA** di avere scelto il seguente ente erogatore in caso di assegnazione del voucher

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ente erogatore** | **Sede operativa** |
|  | Forme Cooperativa Sociale | Tirano Piazza Marinoni19-20 A |
|  | Cooperativa Sociale Stella Alpina | Via della Vittoria, n.27/A Bormio |
|  | Cooperativa San Michele | Piazza Basilica, 15 Tirano |
|  | Cooperativa Sanivall | Via Don Guanella, 30 Montagna in Valtellina  |
|  | \* Centro Estivo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gestito da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**\* Per Centri Estivi gestiti da soggetti diversi da quelli accreditati sopra elencati allegare obbligatoriamente il modulo 1 “**Dichiarazione di responsabilità e conto corrente dedicato per Centri Estivi non accreditati per erogazione voucher vita di relazione minori”

Il sottoscritto dichiara altresì

* Di essere a conoscenza che l’assegnazione ed erogazione del voucher avverrà solo a seguito della presentazione di tutta la documentazione richiesta secondo quanto previsto da bando;
* di essere a conoscenza che l’Ufficio di Piano dell’Ambito di Tirano, ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445/2000 e art.11, comma 1, del D.P.R. 403/98, potrà procedere 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. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti, fatte salve le responsabilità penali previste.
* di essere a conoscenza il Servizio Sociale di Base può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto nel Piano di Assistenza Individualizzato (PAI),
* dichiaro di essere pienamente informato delle caratteristiche del trattamento e rilevato che lo stesso è effettuato nella piena osservanza del D. Lgs 196/03 e del Reg. UE 2016/679 e delle autorizzazioni generali del Garante;

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (Luogo ) (Data) (Firma)

Allegati alla domanda:

* Copia attestazione ISEE
* Oppure COPIA dichiarazione di avvenuta presentazione della DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013);
* Fotocopia carta d’identità e Codice Fiscale del soggetto sottoscrittore
* copia verbale invalidità civile ed eventuale riconoscimento L.104/92 o dell’indennità di accompagnamento
* modulo “Dichiarazione di responsabilità e conto corrente dedicato per Centri Estivi non accreditati per erogazione voucher vita di relazione minori”
* Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

Il trattamento dei dati personali, particolari e giudiziari sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è l’esame delle istanze per gli interventi previsti dalla **Misura B2 DGR 3719/2024** di Regione Lombardia, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento dei dati.

Nell’ambito dell’esame delle istanze, la Comunità Montana Valtellina di Tirano si impegnano a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati personali, dati particolari, dati giudiziari in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 (“GDPR”) mediante l’adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell’art. 32 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l’impossibilità di procedere all’istruttoria dell’istanza presentata e per le formalità ad essa connesse. I diritti spettanti all’interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali. Il Titolare del trattamento dei dati personali è al Comunità Montana Valtellina di Tirano può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento Generale. Nel caso la richiesta del titolare dei dati renda improcedibile l’istruttoria, il contributo richiesto non sarà erogato. L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale è reperibile presso gli Uffici della Comunità Montana Valtellina di Tirano

Data Protection Officer (DPO) / Responsabile della Protezione dei dati (RPD)

Il responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO) è Trust Data Solutions S.r.l. con sede in Viale Cesare Cattaneo 10B, 22063 Cantù (CO).Team DPO Trust Data Solutions Tel.: 031707879 E-mail: dpo@trustds.it PEC: dpotrustds@legalmail.

Si informa che i dati personali dei beneficiari dei contributi concessi ai sensi della Misura sopra indicata, saranno resi disponibili ai servizi sociali, ai competenti uffici regionali, al fine di consentire azioni di monitoraggio e valutazione, ASST Valtellina e Alto Lario e ATS Montagna e alla Regione Lombardia ed agli Enti preposti ai controlli delle dichiarazioni rese.