Spett.le

UFFICIO DI PIANO

AMBITO DI TIRANO

Comunità Montana Valtellina di Tirano

in via Maurizio Quadrio 11,

23037 TIRANO

[**protocollo.cmtirano@cert.provincia.so.it**](mailto:protocollo.cmtirano@cert.provincia.so.it)

[**udp@cmtirano.so.it**](mailto:udp@cmtirano.so.it)

|  |
| --- |
| **DOMANDA**  ***PER L’ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE PER SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI CON DISABILITÀ***  **Programma regionale in materia di gravi e disabilità**  **di cui al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza**  **(Misura B2 DGR 4138 /2020)**  ***AMBITO DI TIRANO*** |

|  |
| --- |
| RISERVATO ALL’UFFICIO DI PIANO  Data di Presentazione………………………… N. Pratica UdP……………….. |

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento): Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN QUALITA’ DI**

* tutore
* curatore
* amministratore di sostegno
* rappresentante unico di tutta la famiglia
* genitore

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

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

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

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

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

Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l’assegnazione di un voucher socializzante o voucher educativo**

**( la tipologia del voucher viene definita in accordo con l’assistente sociale di riferimento)**

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 delle “*Norme assegnazione voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità MISURE B2”* e di accettarne le condizioni;
* che il minore è essere residente nel Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il minore è/non è (cancellare la voce non interessata) in possesso dei certificazione di handicap prevista nelle norme sopra indicate e/o riconoscimento di invalidità civile;
* di non beneficiare del contributo concesso nelle misure previste dell’ATS in favore di disabilità gravissime ( B1 **DGR 4138 /2020**);
* che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente ISEE **per prestazioni agevolate ai minorenni** , allegato alla domanda, risulta essere pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi del D.P.CM. 5 dicembre 2013, n. 159 e successive modificazioni uguale o inferiore a **€ 40.000,00**;
* oppure di aver presentato la DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013) - in questo caso essere consapevole che l’Ufficio di Piano acquisirà l’attestazione relativa all’ISEE direttamente dall’INPS;
* oppure di essere impossibilitato a causa della situazione di emergenziale da Covid-19 a fornire attestazione ISEE in corso di validità e di impegnarmi a consegnarlo a fornire attestazione in corso di validità entro 15 giorni dalla data di appuntamento con il Caf al fine di perfezionare la domanda;
* di impegnarsi a consegnare tutta la documentazione attestante la condizione sanitaria minore, condizione economica del nucleo, essendo consapevole che l’assegnazione del voucher è vincolata al possesso dei requisiti;
* di impegnarsi in caso di assegnazione del voucher

-alla sottoscrizione del **Progetto Individuale di Assistenza**;

- al pagamento della quota di compartecipazione di propria competenza;

-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:

* 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. misura B1
3. buono sociale misura B2;
4. ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
5. Il Bonus per assistente familiare ex l.r. n. 15/2015;
6. buono sociale mirato finalizzato a fornire servizi similari

* che il minore fruisce alla data di presentazione della domanda, dei seguenti servizi (segnare)
* interventi di assistenza domiciliare (SAD-ADI)
* ricovero ospedaliero,
* interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare
* ricovero di sollievo per minori per massimo 90 giorni programmabili nell’anno.

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 del Distretto 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), per il progetto di vita indipendente e che l’erogazione del buono sociale di cui al presente bando sarà sospesa qualora vengano riscontrate irregolarità
* 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
* Certificazione di handicap del minore certificazione di handicap del minore ovvero di beneficiarie dell’indennità di accompagnamento;
* 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 4138 /2020** 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 (DPO) è Halley Lombardia S.r.l. con sede a Cantù – Viale Cesare Cattaneo 10B – Tel. 031707811 – PEC: halleylombardia@halleypec.it – e-mail: info@halleylombardia.it – Referente per il titolare: Team DPO – PEC: gdpr@halleypec.it – e-mail: gdpr@halleylombardia.it

Si informa che i dati personali dei beneficiari dei contributi concessi ai sensi **4138 /2020** per la Misura sopra indicata, saranno resi disponibili all’Azienda territoriale servizio alla persona di Breno convenzionata con la C.M per l’attività dei 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.