Allegato A)

**MODULO RICHIESTA DI CONTRIBUTO BANDO 2023 PER L’EROGAZIONE DI BUONI**

**E VOUCHER SOCIALI MISURA B2 A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE**

**O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

**Tipo di progetto richiesto:**

* Buono Sociale mensile per caregiver familiare
* Buono sociale mensile per personale di assistenza regolarmente impiegato
* Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità tramite appositi progetti di natura educativa e socializzante
* Voucher sociale per interventi che favoriscono il benessere psicofisico di adulti e anziani

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nato a …………………………………………………………………………………. il …………………………………………………………………….

Residente a ………………………………………………………………………… in Via ………………………………………………………………

C.F. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel/cel. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

in qualità di (barrare l’opzione interessata):

□ Beneficiario □ Genitore / familiare

□ Tutore / Amministratore di sostegno □ Caregiver

**Chiede che venga erogato un BUONO o un VOUCHER SOCIALE relativo al BANDO FNA 2023 a favore di:**

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

Data di nascita \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il beneficiario:

E’ persona già in carico alla misura B2 con annualità precedente

E’ persona di nuovo accesso

Eventuali forme integrative di assistenza al beneficiario attive al momento della domanda o altri servizi attivi:

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

PUNTEGGIO RELATIVO ALLA SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE: …………………………………………………………………

PUNTEGGIO RELATIVO ALLA SCHEDA ADL: …………………………………………………………………………………………………...

PUNTEGGIO RELATIVO ALLA SCHEDA IADL (per adulti/anziani):…………………………………………………………………...

VALORE ISEE: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Informazioni sanitarie del beneficiario**

Invalidità: (tipologia)…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Percentuale di invalidità: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Indennità di accompagnamento: …………………………………………………………………………………………...................

Certificazione handicap grave art. 3, comma 3, L. 104/92.: ……………………………………………………………………….

**Caregiver:** Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado di Parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assistente Personale:** Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caratteristiche:

* Convivente con il destinatario
* Contratto regolare part time (n° ore……….)
* Contratto regolare full time (n° ore ……….)

**PROPOSTA DI PROGETTO INDIVIDUALIZZATO EDUCATIVO**

**DESCRIVERE LA TIPOLOGIA DI INTERVENTO**

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

**Obiettivi**

# Relativi alla persona

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

# Relativi alla famiglia

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

### Durata del progetto (tempi, fasi, monte ore settimanali e totale):

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

### Sede (specificare il luogo dell’intervento):

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

**Ente erogatore del servizio:**

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

**Costo totale dell’intervento comprensivo di iva:**

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

**Suddivisione costi (40% e 60%) – si chiede di esplicitare la co-partecipazione della famiglia e/o del comune evidenziando chi sosterrà i costi del progetto in caso di mancato finanziamento dello stesso da parte dell’Ambito Valle Imagna – Villa d’Almè per esaurimento fondi.**

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

**Dati per accredito BUONO CAREGIVER O BUONO PER ASSISTENTE FAMILIARE IN REGOLA**

**– in caso di assegnazione del buono:**

* BONIFICO INTESTATO AL CAREGIVER SIG./RA ……………………………………………………..
* BONIFICO INTESTATO AL BENEFICIARIO SIG./RA …………………………………………………

IBAN \_ \_/ \_ / \_ / \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Allegati:

* Copia fotostatica della carta d’identità e del codice fiscale del beneficiario e di chi presenta la domanda;
* attestazione I.S.E.E. ordinario (per minori) in corso di validità;
* attestazione I.S.E.E. socio-sanitario (per adulti e anziani) in corso di validità;
* verbale di invalidità - Documentazione diagnostica clinica (certificazione di handicap grave ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992);
* indennità di accompagnamento di cui alla legge n 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
* stato di famiglia;
* Preventivo dei costi di realizzazione del progetto;
* Eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore o amministratore di sostegno.

Luogo e data Il dichiarante

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

Luogo e data L’Operatore sociale

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

**Informativa ai sensi del D.lgs del 30 giugno 2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dal Regolamento Europeo UE 679/16.**

Si informa la S.V. che i dati personali sopra riportati sono utilizzati per la concessione della prestazione sociale richiesta e sono utilizzati con modalità e procedure strettamente necessarie allo scopo. Il conferimento dei dati è necessario ai fini dell’ottenimento della prestazione sociale richiesta e un eventuale rifiuto da parte della S.V. impedisce di dar seguito alla presente richiesta.

Il trattamento è realizzato secondo le prescrizioni stabilite dal D. Lgs del 30 giugno 2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e s.m.i., nonché dal Regolamento Europeo attraverso l’ausilio di strumenti informatici ed è svolto da personale comunale. La S.V. ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati e come vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al trattamento.

Titolare del trattamento è l’Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona Valle Imagna – Villa d’Almè.

Il Data Protection Officer – DPO – individuato dall’Azienda è Giorgio Balossi, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: [dpo@ascimagnavilla.bg.it](mailto:dpo@ascimagnavilla.bg.it); telefono: 0350063511.

Dei dati forniti possono venire a conoscenza i soggetti preposti alla pratica, in qualità di incaricati del trattamento.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_esprime il consenso al trattamento.

Luogo e data ……………………………………………………………………..

Nome e cognome………………………………………………………………….

Firma ………………………………………………………………………………….