

Al Comune di .....  
(Comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI TITOLI SOCIALI A FAVORE DI  
PERSONE CON DISABILITA' GRAVE IN CONDIZIONE DI NON  
AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO 2021**

ai sensi della misura B2 delle DGR n. 4138/2020, 4443/2021, 4562/21 di Regione Lombardia

**MINORI CON DISABILITA'**

**RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) ..... (nome) .....  
nato/a a ..... prov. .... il .....  
residente in (comune) ..... via ..... n .....  
telefono..... codice fiscale.....  
indirizzo email .....  
in qualità di  genitore  tutore

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato**

cognome ..... nome .....
nato/a a ..... prov. .... il .....
residente in (comune) ..... via .....
n. ....
telefono..... codice fiscale.....

**CHIEDE**

in attuazione delle DGR 4138/20, 4443/2021, 4562/21 e dell'avviso pubblico adottato dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale Val Seriana nell'adunanza del 30/06/2021 ed emanato in data 01/07/2021 da Servizi Sociosanitari Val Seriana:

- VOUCHER SOCIALE - Intervento Minori  
 CONTRIBUTO UNA TANTUM - **Fondo caregiver familiare per l'anno 2021** ai sensi della DGR n. XI/4443/2021, dichiarando la presenza di un caregiver familiare:  
 Sì  No

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA CHE**

**Il/la minore..... (beneficiario)**

1. È stato/a riconosciuto/a invalido/a con indennità di accompagnamento e/o in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
2. Il nucleo familiare anagrafico è così composto (indicare i componenti e la tipologia di parentela):
  - 1) .....
  - 2) .....

- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....

3. Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con disabilità grave (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92):

- Sì       No

4. Individua      come      **caregiver familiare**      il/la      sig./sig.ra      (cognome e nome) .....

(specificare il grado di parentela o il tipo di relazione e allegare il documento di identità) .....

Codice Fiscale ....., che dedica n. ....ore al giorno alla funzione di caregiver.

5. La persona negli scorsi anni ha beneficiato della Misura B2:

- Sì       No

6. Il Voucher viene richiesto per i seguenti **interventi educativi/socializzanti** della durata di almeno 2 mesi (a sostegno del Progetto individuale) quali ad esempio: interventi per l'autismo, pet-teraphy, attività motoria, ecc. (allegare una pagina descrittiva per ciascun progetto)

.....dal.....al.....

costo mensile.....

.....dal.....al.....

costo mensile.....

7. ....dal.....al.....

costo mensile.....

8. Utilizza altri servizi:

Contributi economici (specificare).....

SADH

ADI

Altro .....

Nessun servizio

9. In caso di accoglimento della domanda, la liquidazione del beneficio economico va effettuata sul conto corrente bancario o postale numero:

banca/uff. postale ..... agenzia / filiale .....

comune di ..... codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

intestato a .....

In fede (*firma di entrambi i genitori*)

Luogo e data:

.....

.....

.....

Si allegano:

- Copia della carta di identità del beneficiario e del richiedente (del delegato alla riscossione e del caregiver familiare);
- Attestazione ISEE ordinario;
- Pagina descrittiva del progetto da sostenere col voucher B2);
- Copia verbale di accertamento d'invalidità (con indicata la diagnosi) del beneficiario e verbale Legge 104/92;
- Copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela) o responsabilità genitoriale esclusiva;
- Modulo consenso informato.