

**VOUCHER SOCIALE PER SOSTENERE LA VITA RELAZIONALE
DI MINORI CON DISABILITÀ**

**(FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2018 AI SENSI DELLA D.G.R. N.
XI/1253 DEL 12.02.2019)**

Il richiedente:

<i>Cognome:</i> _____
<i>Nome:</i> _____
<i>Sesso ?maschio ?femmina</i>
<i>Luogo e data di nascita</i> _____
<i>Codice fiscale:</i>
<i>Residenza Via</i> _____ <i>Comune</i> _____
<i>Tel.</i> _____ <i>Cell:</i> _____

CHIEDE

L'ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE A FAVORE DEL MINORE (beneficiario)

<i>Cognome:</i> _____
<i>Nome:</i> _____
<i>Sesso ?maschio ?femmina</i>
<i>Luogo e data di nascita</i> _____ <i>Età</i> _____
<i>Codice fiscale:</i>

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n°445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA
quanto segue**

- il beneficiario è residente nel Comune di _____;
- per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA);
- il beneficiario è in possesso di certificato indicante la condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 o è in attesa di definizione dell'accertamento (COPIA ALLEGATA);
oppure
- il beneficiario è in possesso dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980 e successive integrazioni e modifiche con la L. 508/1988 (COPIA ALLEGATA);
- che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una attestazione
 - ISEE socio-sanitario uguale o inferiore a " 15.000,00 (COPIA ALLEGATA);
oppure
 - ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni di cui all'art. 7 del D.P.C.M. n. 159/2013 uguale o inferiore a " 15.000 (COPIA ALLEGATA);
- il beneficiario non è assegnatario del Voucher Reddito d'Autonomia (ex DGR 7487/2017);
- il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

(barrare la casella interessata)	SI	NO
Frequenta un servizio Diurno (Casa del Sole)		
Usufuisce di prestazioni socio-sanitarie (ADI)		
Usufuisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale		
Usufuisce di assistenza scolastica		
Altro (specificare)		

- che intende usufruire, a favore del beneficiario, delle seguenti prestazioni di natura educativa/socializzante:

Attività	Spesa mensile prevista	Spesa annua 2019
Pet therapy		
Ippoterapia		
Attività motoria in piscina		
Frequenza a Centri Estivi CRED autorizzati secondo la normativa regionale		
Progetto individualizzato educativo/socializzante		
(Altro) specificare		

- di partecipare alla spesa per i servizi di natura educativa/socializzante (pet therapy, piscina, CRED ecc.) nella misura (barrare la casella interessata):
- del 100%
 - dal 50% al 99%
 - dal 20% al 49,90%

Ai fini della presentazione della presente domanda **allega la fotocopia del documento di identità del richiedente e del beneficiario.**

DICHIARA altresì di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, 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, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

CHIEDE che il beneficio venga versato con accredito su c/c Bancario (o Postale) (barrare la casella interessata):

- del Comune di residenza _____
- del richiedente - (NB il c/c deve essere intestato al richiedente)

Conto corrente intestato a _____

Banca _____ Filiale di _____

Codice IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

INFORMATIVA AGLI UTENTI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"), i dati personali anche particolari (art. 9 del GDPR) forniti per l'accesso alla Misura FNA . B2 sono raccolti ai soli fini della gestione della domanda e relativa istruttoria come da D.G.R. XI/1253/2019 di Regione Lombardia, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (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).

La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di presentare la domanda.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di residenza dell'interessato.

Il Responsabile esterno del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 comma 1 del GDPR è l'Azienda Servizi alla Persona dell'Asolano ASPA, in persona del Direttore Generale, dott.ssa Daniela Ottoni.

Il Responsabile Protezione Dati ai sensi art. 37 del GDPR dell'Azienda Servizi alla Persona dell'Asolano ASPA, è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione in calce, l'interessato manifesta il proprio consenso informato al trattamento dei dati personali anche particolari per la suddetta finalità.

Luogo e data _____

Firma _____