



AMBITO 12
VALLE SABBIA



COMUNITA' AMICHE DELLA DISABILITA'

Allegato A - DOMANDA

ASSEGNAZIONE DEL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2025 – ESERCIZIO 2026 A FAVORE DI MINORI CON DISABILITA' RESIDENTI NEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE 12 VALLE SABBIA IN APPLICAZIONE DEI CRITERI CONTENUTI NELLA D.G.R. 3719/2024 (MISURA B2) E NELLA NOTA DI REGIONE LOMBARDIA J2 0024971 DEL 21.04.2026 -

Il/La sottoscritto/a (Cognome)(nome).....
 nato/a il
 Codice Fiscale
 Residente a.....via/piazza.....
 n.....CAP.....telefono.....
 mail.....
 relazione di parentela con il beneficiario.....

CHIEDE

L'accesso alla Misura B2 (voucher minori):

- a favore di sé stesso;
- a favore della seguente persona:

(Cognome).....(nome).....
 nato/a il.....a.....
 genere M. F.
 codice fiscale.....
 residentevia/p.zza.....n.....
 domiciliato (indicare solo se diverso da indirizzo residenza)

DICHIARA:

- di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito 12;
- di essere in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, 3° comma, legge n. 104/92, come da verbale n..... data.....**di cui si allega copia;**
- di essere beneficiario/a dell'indennità di accompagnamento come da verbale n..... data.....**di cui si allega copia;**



COMUNITA' AMICHE DELLA DISABILITA'

- il valore dell'ISEE** del beneficiario, in corso di validità all'atto della presentazione della domanda, è pari ad euro **di cui si allega copia;**

- l'attestazione ISEE è di tipo **ordinario** o **sociosanitario;**

DICHIARA ALTRESI':

- di non essere in accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. CSS, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- di non beneficiare di un contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- di non essere preso/a in carico con Misura RSA Aperta di cui alla DGR 7769/2018;
- di non essere beneficiario della Misura B1;
- di non beneficiare della misura Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;
- di non beneficiare della prestazione Universale di cui agli artt.34-36 del D.lgs 29/2024;

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli 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

CHIEDE:

- L'ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER MINORI (INTERVENTI INTEGRATIVI DI ASSISTENZA DIRETTA) PER IL PERIODO 15/06/2026 – 15/09/2026.**

SI IMPEGNA A:

- concordare e condividere con il servizio sociale comunale il Progetto Individuale e sottoscriverlo;
- fornire tutta la documentazione richiesta nell'Avviso di Bando.
- comunicare data di avvio degli interventi (voucher servizi integrativi).

Lì _____

FIRMA _____



AMBITO 12
VALLE SABBIA



COMUNITA' AMICHE DELLA DISABILITA'

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Il Titolare del trattamento dei dati è la Comunità Montana di Valle Sabbia che Lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 0365 8777 – E-mail: protocollo@cmvs.it - Indirizzo PEC: protocollo@pec.cmvs.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rdp@cmvs.it

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato con finalità relative all'esecuzione di compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione del contributo economico ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. e) e del Regolamento UE 679/2016.

I Suoi dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per ottenere il contributo economico; qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile ottenere la prestazione richiesta. I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

_____, li _____

Firma per esteso e leggibile per presa visione _____