

# COMUNI DELL'AMBITO N. 8

Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiara

## DOMANDA per l'erogazione di VOUCHER A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE CON MINORI DISABILI E NON AUTOSUFFICIENTI FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2023 - ANNO 2024-

PROTOCOLLO UFFICIO DI PIANO

PROTOCOLLO COMUNE

### DOMANDA DI CONCESSIONE

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ e residente nel  
Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
cell. n. \_\_\_\_\_

Avendo preso visione del bando per l'erogazione del voucher a sostegno delle famiglie con minori erogato dall'Ambito n. 8 con l'obiettivo di sostenere la famiglia - in particolare i nuclei in condizioni di fragilità economica e sociale -

### CHIEDE

di poter beneficiare del voucher orario per sostenere progetti di natura socio educativa/educativa con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio) a favore del minore:

- \_\_\_\_\_ (nome e cognome)
- \_\_\_\_\_ (codice fiscale)
- \_\_\_\_\_ (data di nascita)
- \_\_\_\_\_ (tipologia servizio: CRD, altro, ecc....) e indicare contatti del servizio: mail \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ (cooperativa di riferimento)
- \_\_\_\_\_ n. ore (max 50) richieste al costo orario di € 21,26 iva inclusa (fino al 31/7/2024)
- costo complessivo a carico del fondo € \_\_\_\_\_.
- Inizio voucher dal \_\_\_\_\_ fine voucher il \_\_\_\_\_ (tempo max il 13/9/2024)

UFFICIO TECNICO DI PIANO

Via Codagli, 10/a – cap. 25034 Orzinuovi (BS)

(c/o Comunità della Pianura Bresciana – Fondazione di Partecipazione)

Tel. 030 9942005 – Fax 030 941393

E-Mail [segreteria@fondazionebbo.it](mailto:segreteria@fondazionebbo.it) PEC: [segreteria.fondazionebbo@pec.it](mailto:segreteria.fondazionebbo@pec.it)

A tal fine, consapevole che, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la 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

- di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito 8;
- che la propria situazione economico-familiare è pari ad € \_\_\_\_\_, desumibile dall'attestazione I.S.E.E. (nuovo Indicatore della Situazione Economica Equivalente in vigore dal 1° gennaio 2015 - D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n.159) allegata alla presente domanda;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente, direttamente o tramite un familiare, ogni variazione della propria situazione (composizione del nucleo familiare, situazione reddituale, trasferimento di residenza, etc.) che determini il venir meno del diritto al contributo;
- di essere a conoscenza che potranno essere effettuati idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergesse la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, il/la sottoscritto/a decadrà dal beneficio ottenuto e l'ente potrà procedere al recupero delle somme indebitamente percepite.

### ED ALLEGA

la seguente documentazione:

- scheda PAI (Progetto Individuale di Assistenza) per una valutazione multidimensionale integrata tra ASST e Comuni/Ambiti redatto dall'Assistente Sociale di riferimento e scala ADL.
- attestazione I.S.E.E. ordinario
- certificazione di gravità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 o della certificazione di invalidità civile con diritto all'indennità di accompagnamento; da allegare solo se non si è già presentata domanda per buono sociale;
- Informativa privacy con documento d'identità.

Confidando nel positivo riscontro alla presente, coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Luogo e data

IL/LA RICHIEDENTE  
(genitore/tutore del minore)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

