



**AMBITO TERRITORIALE**  
VALLE IMAGNA VILLA D'ALMÈ

**MODULO RICHIESTA DI CONTRIBUTO BANDO 2022 PER L'EROGAZIONE DI BUONI  
E VOUCHER SOCIALI MISURA B2 A FAVORE DI MINORI CON DISABILITÀ GRAVE  
O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

**Tipo di progetto richiesto:**

- ☐ Buono Sociale mensile per caregiver familiare
- ☐ Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità tramite appositi progetti di natura educativa e socializzante

Il/La

sottoscritto/a

.....  
.....

Nato a ..... il

.....

Residente a ..... in Via

.....

C.F.

.....  
.....

Tel/cel.

.....  
.....

in qualità di (barrare l'opzione interessata):

- ☐ Genitore
- ☐ Tutore

**Chiede che venga erogato un BUONO e/o un VOUCHER SOCIALE relativo al BANDO FNA 2022 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:

.....

VALORE ISEE:

.....  
.....

### Informazioni sanitarie del beneficiario

Invalidità:

(tipologia).....  
.....

Percentuale di invalidità:

.....  
.....

Indennità di accompagnamento:

.....

.....

**Caregiver:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Grado di Parentela \_\_\_\_\_

### 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 MINORI – in caso di assegnazione del buono:

| o | BONIFICO | INTESTATO | AL | CAREGIVER | 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 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.

Luogo e data

---

Il dichiarante

---

**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 dal Regolamento Europeo UE 679/16, con 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 .....