



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.....  
 residente .....via/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;**



**AMBITO 12  
VALLE SABBIA**



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 \_\_\_\_\_

