



COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO DI
ZONA 2025/2027

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO
CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO - DOSSENA -
FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDO – MOIO DE’ CALVI
OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA
PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO - SAN
PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA TALEGGIO
UBIALE CLANEZZO -VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA VALTORTA
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI LEGATI AI CENTRI
ESTIVI RIVOLTI A MINORI CON DISABILITÀ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON
AUTOSUFFICIENZA (FNA) – ANNO 2025 ESERCIZIO 2026**

DATI BENEFICIARIO

COGNOME	NOME		
NATO/A	A	PROV ()	IL
CODICE FISCALE			
RESIDENTE IN VIA	N°	COMUNE DI	CAP.
DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA		N°	
COMUNE DI	CAP.		
EMAIL	NUMERO DI TELEFONO		
DOCUMENTO D'IDENTITA' N.	RILASCIATO DA		
SCADENZA AL			

DATI RICHIEDENTE (SOLO SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO)

COGNOME	NOME		
NATO/A	A	PROV ()	IL
CODICE FISCALE			
RESIDENTE IN VIA	N°	COMUNE DI	CAP.
DOMICILIO solo se diverso dalla residenza VIA		N°	
COMUNE DI	CAP.		
EMAIL	NUMERO DI TELEFONO		
DOCUMENTO D'IDENTITA' N.	RILASCIATO DA		
SCADENZA AL			
in qualità di:			
A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di:			
<input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> CURATORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con provvedimento n. _____ del _____;			
B) Nel caso di minore:			
<input type="checkbox"/> GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA <input type="checkbox"/> GENITORE (in questo caso è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore).			

RICHIEDE

L'assegnazione di un voucher per la seguente misura:

Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità, finalizzato all'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare e/o territoriale;

DICHIARA pertanto:

- Di essere residente in uno dei 37 Comuni dell'Ambito Territoriale Valle Brembana;
- Di aver preso visione del *bando per l'erogazione di buoni sociali in favore di persone con disabilità grave in condizione di non autosufficienza anno 2025 - esercizio 2026* dell'Ambito Valle Brembana;
- Che il voucher sociale verrà utilizzato secondo le finalità espresse dal bando;
- Di essere consapevole che il voucher verrà assegnato alle persone che risulteranno ammesse al beneficio a seguito di risultato ottenuto nella graduatoria di Ambito, in relazione ai fondi disponibili e in base all'attribuzione di un punteggio ottenuto secondo quanto definito dai criteri di valutazione e priorità del bando;
- Di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individuale;
- Di comunicare tempestivamente all'Assistente Sociale di riferimento eventuali modifiche della condizione del beneficiario tali da determinarne la decadenza al beneficio (secondo quanto definito nel bando - Clausola di esclusione e decadenza);



**COMUNITÀ MONTANA
VALLE BREMBANA
ENTE GESTORE PIANO DI
ZONA 2025/2027**

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO
CARONA – CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO - DOSSENA -
FOPPOLO - ISOLA DI FONDRA – LENNA – MEZZOLDO – MOIO DE’ CALVI
OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE – ORNICA – PIAZZA BREMBANA
PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN GIOVANNI BIANCO - SAN
PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA TALEGGIO
UBIALE CLANEZZO -VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA VALTORTA
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ATS Bergamo

- Di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controlli diretti a/ accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dell'adesione al progetto e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;
- di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità così come elencate da bando nel capoverso – incompatibilità.

DICHIARA inoltre (barrare la casella corrispondente):

- di aver precedentemente beneficiato della misura _____
nell'annualità _____ (indicare anno);
- di aver attivato/richiesto in favore dell'anziano/disabile per il periodo di riferimento del bando i seguenti interventi/servizi (es. centro diurno disabili, centro socio educativo, servizio assistenza domiciliare, Misura "Dopo di Noi", Pensione/Reddito di cittadinanza, Assegno di Inclusione - ADI ecc.):

Si allega alla presente istanza:

- Copia di documento di identità del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- Scheda di fragilità sociale compilata dal Servizio Sociale di riferimento;
- Progetto individualizzato sottoscritto ed elaborato dal Servizio Sociale di riferimento;
- Modulo privacy sottoscritto;
- Certificazione attestante la disabilità grave e/o non autosufficienza (così come definito dall'art.3 comma 3 della L.104/92 oppure indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e s.m.i. con L.508/1988);
- Dichiarazione ISEE in corso di validità (*sociosanitario per adulti, ordinario per minori*);
- Copia del decreto di nomina del Tutore/Curatore (*qualora presente*).

CHIEDE che

Il Voucher Sociale di € _____ venga assegnato alla Cooperativa Sociale _____

Luogo e data

Firma
