**FNPS ANNO 2020/21**

|  |
| --- |
| **VOUCHER CENTRI ESTIVI E SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI PER MINORI** |

IN FAVORE DEL MINORE/DEI MINORI

|  |
| --- |
|  |

RICHIEDENTE (genitori/tutore)

|  |
| --- |
|  |

AGGREGAZIONE TERRITORIALE

|  |
| --- |
|  |

COMUNE

|  |
| --- |
|  |

ASSISTENTE SOCIALE

|  |
| --- |
|  |

Prot. Comunale N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spazio riservato alla Commissione Titoli Sociali**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data della commissione:** | **ESITO DELLA VALIDAZIONE**  ** POSITIVA  NEGATIVA** |
| **Entità del Contributo approvato:** |
| ***Annotazioni:*** | |

**IL RICHIEDENTE:**

Cognome ……………………………………………………………….. nome ……………………………………………………….

Nato/a a …………………………………………………………………. prov. (…….) il ……………………………………….

cittadinanza ………………………………………………………….. professione ………………………………………………

in possesso di **** permesso soggiorno in scadenza il ……………………………………..

**** permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo

codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

residente a ……………………………………………... in via ……………………………………………………………………….

tel. ………………………………………………………….. eventuale altro recapito ……………………………………………

indirizzo di posta elettronica ………………………………………………………………………………………………………..

in qualità di:

* Padre
* Madre
* Affidatario
* Tutore

**DEL MINORE:**

Cognome …………………………………………………………. nome ……………………………………………………………

Nato/a a …………………………………………………………… prov. (……..) il …………………………………………..

cittadinanza …………………………………………………….. professione ……………………………………………………..

in possesso di **** permesso soggiorno in scadenza il …………………………………….

**** permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo

codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

residente a ………………………………………………….. in via …………………………………………………………………….

tel. ………………………………………………… eventuale altro recapito ……………………………………..

in condizioni di gravità, così come accertato ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992, con la seguente diagnosi: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dati identificativi del nucleo familiare:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado parentela** | **Nominativo** | **Età** | **Professione** | **RESIDENZA**  *se diversa* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CHIEDE DI POTER BENEFICIARE**  **DEL VOUCHER PER LA FREQUENZA DEL CENTRO ESTIVO** |

Presso

* Il Centro Estivo di ……………………………………………………………. organizzato da:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(indicare l’Ente/Cooperativa/Parrocchia/altro)

Nel periodo ………………………………………………………………………………………………………………………………

A tal fine precisa che:

* La presente richiesta di voucher è in continuità con l’anno precedente □ SI □ NO
* Il valore I.S.E.E. ordinario in corso di validità del nucleo familiare è di €………………………………........;

(se impossibilitati a presentare l’attestazione ISEE o DSU in corso di validità, potrà essere accettata l’attestazione ISEE dell’anno precedente; dovrà in ogni caso essere presentata l’attestazione ISEE in corso di validità entro 60 giorni dalla data di presentazione della domanda: in questo caso, qualora l’ISEE in corso di validità fosse superiore alla soglia di accesso alla misura il richiedente decadrà dal godimento del beneficio)

* ***Ai fini dell’accreditamento del beneficio economico assegnato***, delega a liquidare direttamente *l’Ente prescelto* oppure all’*Agenzia di riferimento* l’importo del presente voucher.
* Ente prescelto per l’erogazione delle attività educative di Centro Estivo

……………………………………………………………………………………………………………..

* Sede del Centro Estivo

……………………………………………………………………………………………………………..

**Utilizzo dei servizi territoriali**

|  |
| --- |
| * Assistenza domiciliare socio-sanitaria – ADI * Assistenza educativa domiciliare – ADM & ADMH * Doposcuola – Semiconvitto * Assistenza domiciliare socio-assistenziale - SADH * Servizio di assistenza alla persona - SAAP * Telesoccorso * Pasti a domicilio * Trasporto (scolastico, altro) * Centro diurno integrato per disabili – CDD * Servizio di Formazione all’Autonomia – SFA & SFA Dote * Centro Socio Educativo - CSE * Istituto di riabilitazione (IDR) * Assistenza privata * Home care premium * Reddito di autonomia |

**PROGETTO INDIVIDUALE:**

esito della valutazione sociale e/o multidimensionale della persona con riferimento alla cura in famiglia e ad eventuali interventi di supporto socio assistenziali e sanitari attivati

|  |
| --- |
|  |

Descrizione dei fondamentali obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona disabile e del suo nucleo familiare attraverso il servizio richiesto

|  |
| --- |
|  |

**Dettaglio della previsione di spesa concordata con la famiglia:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| tipologia di spesa | Costo unitario sett./giorn. | Indicare previsione frequenza | Spesa totale prevista | Quota a carico della FAMIGLIA | Quota a carico del COMUNE, altro ……. | Quota a carico del VOUCHER | Importo totale preventivo |
| Quota iscrizione |  |  |  |  |  |  |  |
| Retta frequenza settimanale |  |  |  |  |  |  |  |
| Costo pasto e n. pasti/sett. |  |  |  |  |  |  |  |
| Spesa per assistente ad personam (costo orarioxn. ore previste) |  |  |  |  |  |  |  |
| Spesa trasporto |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Costo totale progetto:**

**N.B. Nel caso di minore disabile con certificazione art. 3 comma 1, il progetto dovrà tenere conto della spesa relativa all’attivazione dell’assistenza ad personam e la compartecipazione della famiglia dovrà essere secondo la seguente tabella:**

Le famiglie compartecipano alla spesa dell’assistenza educativa in base alle seguenti fasce di ISEE (isee ordinario):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Valore ISEE da:** | **a:** | **Quota di compartecipazione oraria a carico della famiglia** |
| € 0,00 | € 5.000,00 | € 0,00 |
| € 5.000,01 | € 10.000,00 | € 0,80 |
| € 10.000,01 | € 16.000,00 | € 1,60 |
| € 16.000,01 | € 20.000,00 | € 2,40 |
| € 20.000,01 | € 25.000,00 | € 3,20 |
| € 25.000,01 | € 30.000,00 | € 4,00 |
| € 30.000,01 | € 35.000,00 | € 4,80 |
| € 35.000,01 | € 40.000,00 | € 5,60 |
| Oltre € 40.000,01 |  | Nessuna compartecipazione |

N.B.: Ove la commissione valutera’progetti di inserimento del minore in un rapporto educativo 1:2 la compartecipazione prevista a carico della famiglia sarà ridotta al 50% la relativa spesa di assistenza ad personam e per progetti con inserimento 1:3 sarà ridotta al 33%.

**Il costo dell’intervento di Centro Estivo risulta così suddiviso:**

|  |  |
| --- | --- |
| Totale a carico della famiglia | **………………………………………… €** |
| Totale a carico del Comune | **…………………………………………. €** |
| Totale a carico di altri soggetti ………………………. | **…………………………………………. €** |
| **Contributo con Voucher Sociale** | **…………………………………………. €** |

Attestazioni da allegare:

* Attestazione **ISEE ordinario** in corso di validità (da allegare)
* Attestazione **ISEE minorenni**, nel caso di famiglia con genitori non coniugati e non conviventi, separati, divorziati
* Ovvero ISEE corrente qualora si sia registrato un significativo cambiamento di reddito negli ultimi 12 mesi (ad es. per perdita del lavoro o sensibile riduzione per termine del contratto di lavoro)
* Nel caso di nucleo straniero, indicare obbligatoriamente nella parte anagrafica il tipo e la data di scadenza del permesso di soggiorno in corso di validità ed allegare copia del documento
* Scheda iscrizione centro estivo e/o grest e/o altra attività socio educativa/ludico-ricreativa
* Altro (indicare) …………………………………………………………………………………………………………

L’interessato dichiara di essere a conoscenza che la presente domanda sarà sottoposta alla valutazione della Commissione competente, che potrà accogliere o respingere la richiesta o ammetterla anche in misura inferiore in relazione all’idoneità della stessa, al numero delle domande pervenute ed all’entità del fondo a disposizione.

Luogo e data ………………………. **Il/la richiedente** (genitore, tutore, affidatario)

**…………………………………………………………………..**

**L’Assistente Sociale Comunale Il Coordinatore dell’Agenzia Accreditata**

**…………………………………………………………………. …………………………………………………………………**

|  |
| --- |
| **Informativa sulla privacy**  Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali, i dati particolari (sensibili) ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16, forniti dall’interessato, sono raccolti unicamente per la seguente finalità: presentazione domanda nell’ambito del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali per voucher centri estivi e servizi accreditati per minori anno 2019.  I dati personali verranno trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/16.  L’interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).  La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di esaminare la domanda.  Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei. Il Comune, l'Azienda Sociale del Cremonese e l’Agenzia accreditata mettono in atto adeguate misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.  Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è il Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Il Responsabile esterno del Trattamento ai sensi art. 28 del Regolamento UE 679/16 è l'Azienda Sociale del Cremonese e l’Agenzia accreditata.  Il Responsabile della Protezione dei dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 per l'Azienda Sociale del Cremonese è l'Avv. Papa Abdoulaye Mbodj.  Con la sottoscrizione in calce, l’interessato presta il proprio idoneo consenso informato al trattamento dei dati personali e dei dati particolari (sensibili) per le finalità sopra indicata.  Luogo e data ……………………..  **L’Interessato/a** (genitori, tutore, affidatario)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **L’Assistente Sociale Comunale Il Coordinatore dell’Agenzia accreditata**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |