AL COMUNE DI

Oggetto: RICHIESTA DI VOUCHER SOCIALE PER L’ACQUISTO DI PRESTAZIONI SOCIALI A CARATTERE DIURNO (CSE).

Il/La Sottoscritto/a Nato/a Prov. il Residente a indirizzo Recapiti telefonici

in qualità di ed assumendosi ogni responsabilità al riguardo *(specificare se diretto interessato oppure il grado di parentela o la qualifica di tutore/curatore/amministratore di sostegno)* …………………………..

**chiede** *l’ammissione al voucher sociale per l’acquisto di prestazioni sociali a carattere diurno per la*

*frequenza di:*

* Centro Socio Educativo (C.S.E.)

Denominazione ……………………………………………….……………………………………………….…

Sede…………………………………………………………………………………………...……………………

Estremi dell’accreditamento/autorizzazione al

funzionamento………………………………….………………………………………………………………...

Ente Gestore……………………………….………………………………………………………………………

Periodo (dal/al)…………………………….……………………………………………………………………..

Tipologia di frequenza

* FULL-TIME
* PART-TIME INFERIORE O UGUALE A 18 ORE SETTIMANALI
* PART-TIME SUPERIORE A 18 ORE SETTIMANALI

del Sig./sig.ra

*(indicare le generalità della persona interessata)*

Data di nascita / / Luogo di nascita Prov. Residenza anagrafica Stato civile Cittadinanza Codice fiscale ISEE………………………………………………….. data di emissione……………….

* INVALIDITA’ (indicare %)…………………

□ L.104/92 art.3 comma 1 rilasciato il….……………………………………

□ L.104/92 art. 3 comma 3 rilasciato il ……………………………………..

* ha presentato ricorso di nomina di amministratore di sostegno/tutela/curatela il…………

# SERVIZI ATTIVI:

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………….

# COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOMEE NOME | DATA DI NASCITA | Rapporto di parentela | Condizione lavorativa | Invalidità(Si/No) | L.104/92(Si/No) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Si allega alla presente:

* fotocopia verbale di invalidità civile
* certificazione handicap ai sensi della L.104/92
* domanda di avvio della procedura aggravamento/gravità l.104/92
* documentazione diagnostico-clinica o certificazione valutativa rilasciata dallo specialista di riferimento da cui emerge la condizione di gravità
* fotocopia verbale di invalidità con riconoscimento dell’indennità di accompagnamento ai

sensi della l.18/80

* documentazione comprovante l’iscrizione e/o la regolare frequenza ad un CDD accreditato/ CSE autorizzato al funzionamento/accreditato
* progetto individualizzato d’ intervento sottoscritto dalla persona disabile o chi per essa, dall’assistente sociale del comune di residenza e dal referente della struttura diurna frequentata.
* ISEE
* Schede ADL/IADL compilate dall’assistente sociale del comune di residenza
* INFORMATIVA EX ART. 13 Regolamento UE 679/16 (Modulo Privacy)

Data Firma