

Al Comune di \_\_\_\_\_

## ISTANZA DI VALUTAZIONE

**PER L'ATTIVAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI PER L'ACCESSO ALLE ATTIVITA' ESTIVE RIVOLTI AI MINORI CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO ELEVATO E MOLTO ELEVATO. ESERCIZIO 2026 FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA)**

### RISERVATO ALLE NUOVE ISTANZE

**(persone non in graduatoria per gli interventi integrativi sociali nell'annualità precedente o che hanno esigenze e richieste mutate)**

Il sottoscritto (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**ISEE ordinario di Euro** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ in corso di validità (scadenza 31.12.2026) privo di omissioni e difformità

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

- FAMILIARE (Grado di parentela) o CONVIVENTE \_\_\_\_\_  
 TUTORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

del **minore Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

## CHIEDE

**Di sottoporre il minore con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato a valutazione per l'erogazione degli interventi integrativi sociali nel periodo estivo come nuova istanza**

### A TAL FINE DICHIARA CHE IL POTENZIALE BENEFICIARIO

- non ha presentato istanza di misura B2 nell'anno 2025 o non è stato ammesso in graduatoria;  
 è residente in uno dei Comuni degli Ambiti di Bellano, Lecco e Merate ed è attualmente al proprio domicilio;  
 è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980;

- ha riconosciuta la condizione di gravità dell'Handicap ai sensi dell'Art. 3 Comma 3 L. 104/92;
- è in possesso di ISEE ordinario in corso di validità (scadenza 31.12.2026) **privo di omissioni e difformità:** inferiore/uguale a 35.000 €;
- non è accolto in modo definitivo presso unità di offerta residenziali sociosanitarie o sociali;
- non è beneficiario della misura B1 ai sensi della DGR 3719 del 30.12.2024
- non è ricoverato con sollievi a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
- non è beneficiario del contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- non è beneficiario della misura HOME CARE PREMIUM/INPS HCP

### DICHIARA INOLTRE

- ✓ di essere stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- ✓ di essere stato informato che il possesso dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici;
- ✓ di essere stato informato che la valutazione dell'istanza sarà effettuata sulla base delle dichiarazioni rese e della documentazione allegata (o già in possesso degli uffici responsabili dell'istruttoria);
- ✓ di impegnarsi a comunicare TEMPESTIVAMENTE al Comune di residenza e comunque entro 30 giorni dalla data dell'avvenimento, qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione;
- ✓ in caso di ammissione della presente istanza di ACCETTARE INDEROGABILMENTE il contributo previsto secondo la propria situazione soggettiva;
- ✓ di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

### CONSIDERATO QUANTO SOPRA CHIEDE

la valutazione per l'accesso agli INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI A SUPPORTO DELLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' ESTIVE, RIVOLTI AI MINORI CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO ELEVATO E MOLTO ELEVATO. ESERCIZIO 2026 FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA)

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori dei servizi, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 101/2018 si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al/i procedimento/i amministrativo/i per il/i quale/i vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso dell'Ambito e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Operative territoriali e nel rispetto dell'Art. 13 del Decreto 196/2003.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Copia del documento d'Identità **dell'assistito**;
- Copia della tessera Sanitaria **dell'assistito**;
- Se la domanda viene presentata da Amministratore di Sostegno, Curatore o Tutore, copia del documento di identità e copia del Decreto di nomina del tribunale;
- Copia verbale di invalidità civile. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92, in corso di validità (l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento. L'esito dell'accertamento deve pervenire entro il 19/06/2026 termine perentorio. Non è considerato valido il verbale di accertamento dell'alunno disabile;
- Modulo Iban (All.2) andrà compilato in formato digitale PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) (non sarà quindi possibile raccogliere la firma autografa) e trasmesso come singolo allegato unitamente alla documentazione ivi indicata;
- Scheda di P.I. (All.3) compilata dall'Assistente sociale del SSB che ha eseguito la valutazione e definito gli obiettivi in collaborazione con l'AS dell'Ambito. Il P.I. è un modulo digitale e andrà compilato in formato PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) salvato, come da indicazioni sulla scheda, e trasmesso come singolo file allegato all'istanza;

**Il documento ISEE non dovrà essere allegato ma visionato alla presentazione della domanda. Tale valore sarà riportato nel PI unitamente al codice DSU.**