

# Ambito Territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZANO-CIZZAGO,  
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

## DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI (ASSISTENZA DIRETTA) PER MINORI CON DISABILITA' E NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (MISURA B2) PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' ESTIVE 2026

Il/la sottoscritto/a.....  
Codice fiscale.....  
nato/a a.....prov.....il.....  
residente in.....(c.a.p.).....  
Via/Piazza.....n°.....  
telefono.....  
email.....

### In qualità di esercente la responsabilità genitoriale di

Nome.....Cognome.....  
Codice fiscale.....  
nato/a a.....prov.....il.....  
residente in.....(c.a.p.).....  
Via/Piazza.....n°.....  
telefono.....email.....

### CHIEDE

**l'attivazione degli interventi integrativi sociali misura B2 al fine di garantire la partecipazione alle attività estive erogati dal seguente ente accreditato per il servizio di assistenza all'autonomia e alla comunicazione:**

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi degli articoli 75-76 del D.P.R. 445/2000,

### DICHIARA

- di aver presentato la dichiarazione sostitutiva unica con il seguente numero di protocollo .....
- di possedere un'attestazione isee in corso di validità non superiore ad € 40.000,00 (isee ordinario compreso isee corrente e isee minorenni laddove previsto dalla normativa);
- che il valore dell'isee è pari ad € .....
- che il beneficiario è in possesso di certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104, art. 3, comma 3 o certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione di persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato ai sensi del d.lgs 62/2024
- che il beneficiario è in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzia il grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (adl) e delle attività strumentali alla vita quotidiana (iadl) (a cura del servizio sociale)
- Di essere stato beneficiario della Misura B2 anno 2025  
SI NO
- che il beneficiario non usufruisce di nessuna delle seguenti misure:
  - accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
  - Misura B1;
- Di essere consapevole che verrà redatto il Progetto Individualizzato, presupposto perchè possa essere erogato il voucher sociale. La valutazione è di carattere multidimensionale ed effettuata in modalità integrata con ASST. All'interno del Progetto Individualizzato sarà individuato il case-manager, ovvero il responsabile dell'attuazione del

## Ambito Territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

---

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZZANO-CIZZAGO, ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGGIO

progetto. Il P.I. dovrà essere sottoscritto da un rappresentante del Comune/Ambito, da un rappresentante della ASST competente, dalla persona beneficiaria/famiglia o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica, dal responsabile del progetto (case manager).

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni anagrafiche ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Alla presente allega:

- Fotocopia carta di identità e codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente;
- Attestazione ISEE: Isee ordinario compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto dalla normativa;
- Schede ADL /IADL a cura del servizio sociale;
- Copia certificazione di gravità ai sensi della L. 104, art. 3 comma 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988 o certificazione di persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato ai sensi del D.lgs 62/2024 (CONTENENTE L'INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI);
- Copia eventuale copia della sentenza della nomina dell'amministratore di sostegno del beneficiario;
- Copia carta d'identità e codice fiscale dell'amministratore di sostegno;
- Modulo monte ore a cura del Servizio Sociale di residenza del nucleo familiare;
- Informativa privacy sottoscritta.

Data

Firma del richiedente

---

---

# Ambito Territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZZANO-CIZZAGO,  
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

## DICHIARAZIONE B1

Il sottoscritto.....

**Dichiara**

**di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla dgr XII/3719/2024 - Misura B1**

**e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza, nel caso di riconoscimento del beneficio della misura B1.**

**FIRMA**

.....