

AL COMUNE DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO

SETTORE Servizi Sociali, Casa, Lavoro,
Pari Opportunità e Cooperazione Internazionale

UFFICIO SERVIZI SOCIALI
AREA DISABILITA'

**RICHIESTA ASSEGNAZIONE VOUCHER SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE CON
DISABILITÀ PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI DI AVVICINAMENTO ALLA
RESIDENZIALITÀ E ALLA VITA IN(TER)DIPENDENTE PRESSO "CASA MOLLIKA"
DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA DI VIA
BACHELET DENOMINATA "CONDOMINIO SOLIDALE"**

- PER IL PERIODO DA OTTOBRE 2026 A GIUGNO 2027 -

Io sottoscritto _____ residente a Cernusco sul Naviglio

In via _____ Telefono _____

Nato a _____ in data _____

Indirizzo mail _____

CHIEDE

☐ per sé stesso

☐ in qualità di ADS/Tutore - per il proprio amministrato _____

Nato a _____ in data _____ e residente a Cernusco sul Naviglio

In via _____ Telefono _____

Indirizzo mail _____

l'assegnazione di Voucher per Esperienze Residenziali in "Casa Mollica"
esprimendo le seguenti indicazioni / preferenze:

Per le persone con necessità di sostegno elevato o molto elevato:

☐ **VOUCHER WEEKLY INTENSIVE**

Rivolto a persone con necessità di sostegno elevato o molto elevato
voucher per 5 giorni consecutivi
(assegnabile fino a un massimo di tre esperienze per un totale massimo di 15 gg.);

Per le persone con necessità di sostegno lieve, medio

☐ **VOUCHER WEEKLY LIGHT**

Rivolto a persone con necessità di sostegno lieve, medio
voucher per 5 giorni consecutivi
(fino a un massimo di tre esperienze per un totale massimo di 15 gg.);

☐ **VOUCHER TEN DAY LIGHT**

Rivolto a persone con necessità di sostegno lieve o medio
Voucher per 10 giorni consecutivi
(integrabile con un'ulteriore esperienza di 5 gg per un totale massimo di 15 gg);

Assumendosi la piena responsabilità e consapevole delle sanzioni anche di natura penale per l'eventuale rilascio di dichiarazioni false o mendaci (art. 76 del DPR 445/2000),

DICHIARA QUANTO SEGUE:

Che il nucleo familiare anagrafico del beneficiario risulta così composto:

GRADO DI PARENTELA	NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA
Me stesso		

DI FREQUENTARE oppure NON FREQUENTARE i seguenti servizi per la disabilità (*barrare l'opzione interessata e compilare*):

	NO	SI	TIPOLOGIA E LUOGO DEL SERVIZIO (CDD- CSE- SFA- ADH- SAD)
SERVIZIO DIURNO con frequenza full time			
SERVIZIO DIURNO con frequenza part-time			
SERVIZIO EDUCATIVO PER DISABILI (ADH)			
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)			
ALTRI SERVIZI DOMICILIARI O TERRITORIALI (specificare)			

DI AVER GIA' BENEFICIATO DEL VOUCHER SOCIALE IN CASA MOLLIKA NELL'EDIZIONE 2025-2026

☐ SI

☐ NO

DICHIARA ALTRESÌ:

- √ Di trovarsi nella condizione di invalidità civile dal 46% al 100% ai sensi della Legge 118/1971 e di possedere certificazione di handicap ai sensi della Legge 104/1992.
- √ L'assenza di bisogni sanitari-infermieristici ad alta intensità e/o continuativi, tali per cui si renda necessario il ricovero in strutture con assistenza sanitaria ed infermieristica.
- √ L'assenza di patologie psichiatriche attive o disturbi del comportamento tali da precludere la possibilità di convivenza in un contesto comunitario.
- √ Di aver preso visione dell'avviso pubblico, di accettarne ogni condizione, ivi compresa la definizione del Progetto Individualizzato, che sarà effettuata, secondo l'ordine della graduatoria che sarà stilata a chiusura del bando ed a concorrenza delle risorse disponibili.
- √ Di essere informato che il Comune di Cernusco sul Naviglio tratta i dati personali nel rispetto di quanto previsto dal G.D.P.R. 679/2016. L'informativa privacy estesa è reperibile e visionabile sul sito del Comune di Cernusco sul Naviglio al link:
<https://comune.cernusco.sulnaviglio.mi.it/privacy/interessati-ai-servizi-ed-alle-attivita-dei-servizi-sociali/>
oppure presso il settore Servizi Sociali. Il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali nominato è sempre contattabile al seguente indirizzo mail:
dpo@comune.cernusco.sulnaviglio.mi.it

ACCONSENTE/ NON ACCONSENTE:

Che l'equipe multidisciplinare del servizio disabilità comunale possa approfondire la conoscenza del beneficiario, anche attraverso il contatto diretto con gli specialisti e/o gli operatori di altri servizi fruiti dell'interessato nella rete socio-sanitaria territoriale ☐ SI ☐ NO

L'uso delle immagini dell'interessato durante lo svolgimento dell'esperienza in Casa Mollica per finalità connesse alla promozione e divulgazione dell'iniziativa ☐ SI ☐ NO

Cernusco sul Naviglio, li _____

Firma: _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Carta d'Identità del beneficiario;
- Carta d'Identità del soggetto sottoscrittore, se diverso dal beneficiario
- Certificazione di invalidità civile del beneficiario ai sensi della L. 118/1971 e certificazione di handicap ai sensi della Legge 104/1992.
- Documentazione socio sanitaria disponibile e aggiornata
- Attestazione ISEE socio-sanitario del beneficiario in corso di validità.