



Addi \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

**ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – APPLICAZIONE DGR 7751 del 28.12.2022 – MISURA B2**

**DATI BENEFICIARIO DELLA MISURA**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M  F  Residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

**Eventuale altro contatto di riferimento pratica per comunicazioni inerenti la domanda presentata:**

Nome cognome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**DATI DEL RICHIEDENTE (SE DIVERSO DA BENEFICIARIO)**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M  F  Residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nella sua QUALITA' di:**

FAMILIARE grado di parentela \_\_\_\_\_

TUTORE  CURATORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_



Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ **CHIEDE**

per sé    **OPPURE**     per conto del beneficiario

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza **al fine di accedere ad una o più delle prestazioni** previste dalla D.G.R. n. 7751 del 28.12.2022, **MISURA B2** di seguito riportate:  
**Il buono sociale mensile per assistenza garantita da caregiver e il buono sociale per assistente familiare, sono tra loro alternativi (l'uno esclude l'altro) e non cumulabili:**

- Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata dal caregiver familiare (Intervento 1)
- Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata da assistente professionale (Intervento 2)
- Buono Sociale Assegno per Progetto di Vita indipendente (Intervento 3)
- Voucher Sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità (Intervento 4)

**In caso di nuclei familiari in cui siano presenti, da stato di famiglia, più persone aventi i requisiti richiesti** per accedere alla presente iniziativa, è possibile presentare domanda multipla, ossia un'istanza per ciascuno di essi ai fini di una valutazione complessiva del bisogno, secondo le modalità illustrate nell'Avviso Pubblico e nei criteri distrettuali.

**E A TAL FINE, il/la sottoscritto/a**, Consapevole che il Comune di residenza e il Distretto sociale Est Milano, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere ad 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 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000

#### **DICHIARA**

**(barrare con una "X" la/le condizioni dichiarate)**

1.  che la situazione del candidato è compatibile con l' **AVVISO PUBBLICO E CRITERI DISTRETTUALI PER L'EROGAZIONE DI MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - MISURA B2 – DGR7751/2022**
2.  di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
3.  che la misura per cui è richiesta la valutazione non è finanziata da altre provvidenze economiche;

#### **DICHIARA inoltre**

**6. CHE la frequenza presso centri diurni sociali/socio-sanitari/servizi educativi/scolastici è**

- pari o inferiore alle 25 ore settimanali     superiore alle 25 ore settimanali     nessuna frequenza

**7. CHE la competente commissione Socio Sanitaria, ha accertato almeno uno dei seguenti requisiti:**

- indennità di accompagnamento;
- lo stato di invalidità al 100% con riconoscimento disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- invalidità di minore con indennità di accompagnamento;
- indennità di frequenza con riconoscimento disabilità ai sensi della L.104/92 art.3 c.3**



## DICHIARA

### 4. che sussistono/non sussistono la/le seguenti causa di incompatibilità (con SI oppure NO):

- a) Voucher anziani e disabili {ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019} (SI) (NO)
- b) Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali  
(es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità) (SI) (NO)
- c) Misura B1 (SI) (NO)
- d) Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del  
Fondo Sanitario Regionale (\*\*) (SI) (NO)
- e) Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI –  
per onere assistente personale regolarmente impiegato (SI) (NO)
- f) Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 (SI) (NO)
- g) Home Care Premium/INPS HCP (SI) (NO)

### 5. In caso di presenza di incompatibilità per la causa di cui sopra al punto 4 (ricovero di sollievo il costo sia a totale carico del fondo sanitario regionale \*\*) **DICHIARA**

- che il ricovero che è in corso dalla data \_\_\_\_\_ **consapevole che** dovrà presentare dimissione entro il **19.05.2023** termine ultimo di realizzazione delle Istruttorie da parte dei Servizi Sociali , **PENA LA DECADENZA DELL'ISTANZA,**
- che fornirà certificato di dimissione del periodo di ricovero** da inviare al servizio sociale di residenza (presentando il modulo di Variazione Pai allegato 5)

## DICHIARA INOLTRE CHE IL BENEFICIARIO

**8.2 Rispetto alla Misura Dopo di Noi**  **NON PERCEPISCE**  **PERCEPISCE** il suddetto intervento

**8.3 Rispetto alla Misura Bonus per assistente familiare** iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015

**PERCEPISCE** il suddetto intervento **OPPURE**  **NON PERCEPISCE**

## SI IMPEGNA

- A concordare** con il Servizio Sociale Professionale l'eventuale visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria;
- A consentire** che le Assistenti Sociali Comunali, nel corso dell'istruttoria, verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto;
- A presentare i giustificativi di spesa** secondo le date indicate nel bando e le eventuali modifiche del Progetto Individuale di Assistenza al verificarsi dell'evento o al massimo entro le date indicate dall'ufficio di Piano ai fini della prima liquidazione utile



**SI IMPEGNA A CONSEGNARE I SEGUENTI ALLEGATI OBBLIGATORI**

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario;
- Copia carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto corrente, se diverso dal beneficiario;

**Allegato 2** per autocertificazione situazione ISEE

**Modulo Per liquidazione Contributo**

**Per Gravità dell'Handicap:**

- Verbale d'indennità di accompagnamento
- Oppure documento di invalidità al 100% e di riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 c.3;
- Oppure documento di indennità di frequenza e di riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 c.3;
- Nel caso in cui il beneficiario sia in attesa di definizione dell'accertamento ai sensi della 104/1992 si allega il documento attestante l'avvio della pratica presso il caf.

**In relazione alle Misure richieste:**

**Per il buono sociale carigiver familiare** residente con il beneficiario **Allegato 1** per chi inoltra domanda

**Per buono assistente familiare con Assistente Familiare O Progetto di Vita indipendente allega:**

- Copia del **contratto di assunzione** assistente familiare e/o personale, ultima busta paga (regolarmente firmata dal datore di lavoro e dall'assistente familiare)
- oppure**, in caso di assunzione tramite Ente Gestore copia del **contratto di servizio** con descrizione nel contratto, o tramite documento aggiuntivo, del monte ore settimanale erogato e ultima fattura (in assenza di tale dato il documento non sarà accolto ai fini del calcolo del contributo) più **Allegato 6** per attestazione del progetto e ore di assistenza erogata
- Per il Voucher Sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità Allegato 4** relativo al progetto e al preventivo di spesa voucher minori.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario/Richiedente \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del nuovo Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR, General Data Protection Regulation - Regolamento UE 2016/679), si forniscono le seguenti informazioni sul trattamento dei dati personali.

### 1. Natura dei dati trattati

Il trattamento dei dati potrà riguardare dati di natura sia comune sia particolare o giudiziaria, per quanto strettamente necessario a realizzare i compiti istituzionali dell'Ente.

I dati di natura **comune** sono tutte le informazioni riferite a persone fisiche individuate o individuabili.

I dati di natura **particolare**, ai sensi dell'articolo 9 del GDPR, sono i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Per dati **giudiziari** si intendono quelli idonei a rivelare provvedimenti di cui all'articolo 3, del DPR 14 novembre 2002, n. 313, in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del Codice di procedura penale.

### 2. Finalità del trattamento e tempi di conservazione

I dati personali dell'Utenza, saranno trattati per l'erogazione di servizi da parte dell'Ente, per l'adempimento di obblighi legali e fiscali, per consentire una efficace gestione delle richieste dell'utenza e per realizzare le finalità istituzionali dell'Ente. Inoltre, il trattamento dei dati avverrà per finalità amministrative – contabili (ad esempio, gestione dei pagamenti, dei ritardi e dei mancati pagamenti) e, qualora dovesse rendersi necessario, per accertare, esercitare e/o difendere i diritti dell'Ente in sede giudiziaria.

### 3. Basi giuridiche del trattamento dei dati

I dati personali **comuni** saranno trattati, ai sensi dell'art. 6 del GDPR, in forza delle seguenti basi giuridiche:

- a) necessità del trattamento per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico e/o connessi all'esercizio di pubblici poteri da parte dell'Ente;
- b) necessità del trattamento per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto lo scrivente Ente;
- c) necessità del trattamento per adempiere a un contratto stipulato dall'Ente con l'interessato o per adottare le misure precontrattuali richieste.

Con riferimenti ai dati personali **particolari**, la condizione che ne legittima il trattamento da parte dell'Ente è quella prevista dall'art. 9, comma 2, lett. h) del GDPR (trattamento è necessario per finalità di assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità).

### 4. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali potrà essere effettuato con l'ausilio di mezzi sia analogici sia elettronici o comunque automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie al perseguimento delle finalità sopra descritte.

### 5. Obbligo o facoltà di conferire i dati

Per quanto riguarda i dati personali richiesti dall'Ente all'interessato, il loro mancato conferimento può comportare la mancata o parziale erogazione di servizi, o l'esito negativo di pratiche amministrative, nei limiti in cui tali dati sono necessari per dare esito alle richieste dell'Utenza.

### 6. Comunicazione e diffusione dei dati

I dati personali, per le esclusive finalità di cui al punto 2 della presente informativa, potranno essere comunicati a:

- Sindaco, Amministrazione, Organi istituzionali e dipendenti del Titolare autorizzati al trattamento dei dati;
- Soggetti (ivi incluse altre Pubbliche Amministrazioni) che possono accedere ai dati in forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- Soggetti che hanno necessità di accedere ai dati per finalità ausiliare al rapporto che intercorre tra l'interessato e l'Ente, nei limiti strettamente necessari per svolgere i compiti ausiliari;



— Soggetti che svolgono attività di consulenza, fornitura o collaborazione con l'Ente, nei limiti necessari per svolgere il loro incarico.

Nello specifico, i dati potranno essere comunicati a: ATS Milano Città Metropolitana, Regione Lombardia e Comuni dell'Ambito, ASST Melegnano Martesana, agli enti erogatori e/o soggetti coinvolti nel progetto individuale B2.

I dati personali non sono soggetti a diffusione generalizzata, salvo ove richiesto dalla normativa in materia di trasparenza (pubblicazioni sull'albo pretorio e sulla sezione "amministrazione trasparente" del sito).

#### **7. Diritti dell'interessato**

La normativa sulla privacy (artt. 12-22 del Regolamento UE 679/2016) garantisce all'interessato il diritto di essere informato sui trattamenti dei dati che lo riguardano e il diritto di accedere in ogni momento ai dati stessi e di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione e la rettifica. Ove ricorrano le condizioni previste dalla normativa l'interessato può inoltre vantare il diritto alla cancellazione dei dati, alla limitazione del loro trattamento, alla portabilità dei dati, all'opposizione al trattamento e a non essere sottoposto a decisioni basate unicamente sul trattamento automatizzato.

Qualora il trattamento dei dati personali sia fondato sul consenso dell'interessato questi ha diritto a revocare il consenso prestato.

Per l'esercizio dei propri diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, l'interessato potrà rivolgersi al Titolare scrivendo ai recapiti istituzionali o al **Responsabile della protezione dei dati personali**. Ove ritenga lesi i suoi diritti, l'interessato potrà tutelarsi proponendo reclamo innanzi al Garante per la protezione dei dati personali.

#### **8. Periodo di conservazione dei dati**

I dati personali saranno conservati per il periodo necessario a realizzare le finalità illustrate al punto 2 della presente informativa.

I dati potranno essere conservati per un periodo indeterminato esclusivamente ove previsto da norme di legge o regolamentari.

#### **9. Contitolari del trattamento**

Contitolari del trattamento sono:

- il Comune di Piooltello con sede in Via Carlo Cattaneo n. 1, in persona del Sindaco pro tempore;
- il Comune di Rodano con sede in Via Turati n. 9, in persona del Sindaco pro tempore;
- il Comune di Segrate con sede in Via I Maggio snc, in persona del Sindaco pro tempore;
- il Comune di Vimodrone con sede in Via Cesare Ba/s\* n. 56, in persona del Sindaco pro tempore.

### **COME CONSEGNARE O COMPILARE LA DOMANDA**

**PIOLTELLO:** [protocollo@cert.comune.piooltello.mi.it](mailto:protocollo@cert.comune.piooltello.mi.it) (riceve anche da mail ordinaria) oppure Nei giorni di Apertura al Pubblico senza Appuntamento - Servizio Sociale Tel. 02/92.366.121 - 02/92.366.119 - 02/92.366.113

**RODANO :** [comune.rodano@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.rodano@pec.regione.lombardia.it) (riceve solo da pec) oppure contattando il numero tel. 02/95.95.209 Servizio Sociale Tel. 02/95.95.211 – 02795.95.217

**SEGRATE :** [segrate@postemailcertificata.it](mailto:segrate@postemailcertificata.it) (riceve anche da mail ordinaria) oppure contattando il numero 02/26902242/300 oppure 02/82398473 o scrivendo a [ci@comune.segrate.mi.it](mailto:ci@comune.segrate.mi.it) indicando un recapito telefonico al quale essere ricontattati - Servizio Soicale Tel. 02/26.902.371 e 02/26.902.277

**VIMODRONE:** [comune.vimodrone@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.vimodrone@pec.regione.lombardia.it) (riceve anche da mail ordinaria) oppure Con Appuntamento contattando il numero tel. 02/25.077.259 – 231 - Servizio Sociale Tel. 02/25.077.237 - 02/25.077. 230







**FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (DGR 7751/2022)**

**Misura B 2 ANNO 2023/2024**

**INDICAZIONI per presentazione ISEE**

Al fine di procedere con una corretta ed equa valutazione delle domande, risulta necessario richiedere la presentazione dell'ISEE indicato per le prestazioni socio sanitarie come da DPCM 159/2013.

**Se il beneficiario è minorenni**, si richiede la presentazione del c.d. ISEE Minorenni in caso di genitori non coniugati e non conviventi tra loro (come da casistiche descritte all'articolo 7 del DPCM 159/2013 e successive modifiche e integrazioni) mediante regolare attestazione INPS da richiedersi compilando in sede di Dichiarazione Sostitutiva Unica, anche i moduli MB.2 e FC.4 (oltre al modello base MB.1 detto "Mini"); **negli altri casi**, per il beneficiario minorenni si richiede la presentazione dell'ISEE ordinario.

**Se e solo se il beneficiario non è minorenni**, trattandosi di prestazioni per la non autosufficienza, si richiede di base la presentazione dell'ISEE sociosanitario, mediante regolare attestazione INPS, come nel seguito descritto.

Si ricorda innanzitutto che in sede di **Dichiarazione Sostitutiva Unica occorre** elencare **la completa composizione dell'intero nucleo familiare del beneficiario**, identificando esplicitamente come **"dichiarante"** il beneficiario disabile/non autosufficiente **e specificando che per il beneficiario disabile/non autosufficiente si richiede attestazione dell'ISEE sociosanitario.**

**Nella prima pagina** dell'attestazione INPS dovrà quindi risultare il valore dell'ISEE ordinario e **nella seconda pagina** il valore dell'ISEE sociosanitario del beneficiario.

Data la natura delle prestazioni, **per i beneficiari disabili maggiorenni**, se non si vogliono rendere evidenti i dati di tutti i componenti del nucleo familiare, è **facoltà del richiedente fornire in sede di DSU una composizione ristretta del nucleo familiare** (attraverso lo specifico modulo MB.1. Rid da usare in sostituzione del modulo MB.1), **ma dichiarando esplicitamente tale scelta**: in questo caso INPS produrrà un **attestazione ISEE che sulla prima pagina** alla voce "è stato calcolato il seguente indicatore:" non riporterà il valore "ISEE ordinario" ma il valore "ISEE nucleo ristretto" (**mentre in seconda pagina** sarà comunque riportato nella tabella "PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE" come sopra il valore "ISEE sociosanitario" o equivalentemente "ISEE nucleo ristretto"): l'attestazione è ammissibile solo se compare espressamente la dicitura "nucleo ristretto" in prima pagina; **non saranno ammesse attestazioni ISEE che originino da dichiarazione palesemente false di nucleo familiare ordinario composto esclusivamente dal solo beneficiario disabile** (ottenute cioè senza avvalersi della possibilità di dichiarazione del nucleo ristretto, ovvero recanti in prima pagina "ISEE ordinario" invece di "ISEE nucleo ristretto").





In altre parole saranno ammissibili unicamente:

- **attestazioni ISEE che riportino in prima pagina il valore e la dicitura ISEE ordinario e la completa composizione dell'intero nucleo familiare;**
- **oppure attestazioni ISEE che riportino in prima pagina il valore e la dicitura ISEE nucleo ristretto e la composizione del nucleo familiare ristretto come sotto specificato.**

Si ricorda che per le prestazioni di questo tipo (quindi non a natura residenziale o semiresidenziale), **la composizione del nucleo ristretto può essere infatti una e soltanto una tra le seguenti:**

- persona disabile/non autosufficiente maggiorenne (escludendo quindi genitori o fratelli conviventi, se non coniugato e senza figli);
- persona disabile/non autosufficiente maggiorenne e coniuge (se coniugato e senza figli a carico, escludendo altri parenti conviventi);
- persona disabile/non autosufficiente maggiorenne, coniuge e figli (se coniugato e con figli a carico, escludendo altri parenti conviventi).

E' naturalmente facoltà del richiedente presentare attestazione ISEE ordinario (con ovviamente completa composizione del nucleo familiare) senza dettaglio dell'ISEE sociosanitario (quest'ultimo generalmente più favorevole per il beneficiario), Isee corrente in caso di mutata situazione reddituale e/o patrimoniale come previsto dalla normativa.



	Intervento 1	SOGLIE ISEE		CONTRIBUZIONE PER SOGLIA ISEE	INTENSITÀ CARICO DI CURA	CONTRIBUZIONE PER INTENSITÀ CARICO DI CURA	QUOTA PREVISTA	NOTE	
		Disabili Adulti e Anziani	Minori						
BUONO SOCIALE	CAREGIVER FAMILIARE	sino a € 7.000	sino a € 15.000	€ 150	bassa	€ 50	€ .....	Combinando la contribuzione per ISEE e per carico di cura (determinato dal rapporto tra indici di dipendenza risultanti dalle scale di valutazione).  Contributo mensile: <b>min. € 100 max € 300</b>	
		da € 7.000,01 a € 15.000	da € 15.000,01 a € 20.000	€ 100	media	€ 100			
		da € 15.000,01 a € 25.000	da € 20.000,01 a € 40.000	€ 50	alta	€ 150			
	Intervento 2	ASSISTENTE FAMILIARE PROFESSIONALE	SOGLIE ISEE		CONTRIBUZIONE PER SOGLIA ISEE	NUMERO ORE SETTIMANALI DA CONTRATTO	CONTRIBUZIONE PER NUMERO ORE SETTIMANALI	QUOTA PREVISTA	NOTE
			Disabili Adulti e Anziani	Minori					
			sino a € 7.000	sino a € 15.000	€ 200	da 10h a 20h	€ 100	€ .....	Combinando la contribuzione per ISEE e per numero ore di contratto.  Contributo mensile: <b>min. € 150 max € 600</b>
			da € 7.000,01 a € 15.000	da € 15.000,01 a € 20.000	€ 100	Da 20,1h a 39h	€ 150		
	da € 15.000,01 a € 25.000	da € 20.000,01 a € 40.000	€ 50	> 39h	€ 400				
	Intervento 3	PROGETTO VITA INDIPENDENTE	SOGLIE ISEE		CONTRIBUZIONE PER SOGLIA ISEE	INTENSITÀ CARICO DI CURA	CONTRIBUZIONE PER INTENSITÀ CARICO DI CURA	QUOTA PREVISTA	NOTE
sino a € 7.000				€ 200	bassa	€ 200	€ .....	Combinando la contribuzione per ISEE e per carico di cura (determinato dal rapporto tra indici di dipendenza risultanti dalle scale di valutazione).  Contributo mensile: <b>min. € 250 max € 800</b>	
da € 7.000,01 a € 15.000				€ 100	media	€ 400			
da € 15.000,01 a € 30.000		€ 50	alta	€ 600					
VOUCHER	Intervento 4	VOUCHER VITA DI RELAZIONE MINORI CON DISABILITA'	SOGLIE ISEE		CONTRIBUZIONE PER SOGLIA ISEE	PREVENTIVO DI SPESA PER IL PROGETTO	CONTRIBUZIONE PER SPESA PREVENTIVATA	QUOTA PREVISTA	NOTE
			sino a € 15.000		€ 300	da € 200 a € 499	€ 200	€ .....	Combinando la contribuzione per ISEE e per spesa preventivata.  Contributo una tantum: <b>fino a max € 2.200</b>
			da € 15.000,01 a € 20.000		€ 150	da € 500 a € 999	€ 500		
da € 20.000,01 a € 40.000		€ 0	Uguale o superiore a € 1000	€ 1.900					

(L'allegato 3 è a supporto del progetto individuale per la consultazione a favore del cittadino e a la compilazione a cura del servizio sociale comunale)