



*Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167*

Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 – Fax 035/927676
mail: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

Comune di residenza del cittadino

**Ambito Territoriale Sociale Monte
Bronzone Basso Sebino –
Comunità Montana dei Laghi
Bergamaschi**

MODULO PER LA RICHIESTA DI VOUCHER SOCIALE

Il sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Tel. _____ email _____

☐ In qualità di diretto interessato

OVVERO

☐ In qualità di:

☐ tutore; ☐ curatore; ☐ amministratore di sostegno (allegare decreto / sentenza di nomina);

☐ coniuge; ☐ figlio; ☐ genitore; ☐ altro parente (specificare) _____

DATI DEL BENEFICIARIO

Del/la sig./ra (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____



Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167

Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 – Fax 035/927676
mail: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

Stato civile _____ Medico di Base _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov _____

Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza: _____

Tel. _____ email _____

Se presenti:

- Invalidità _____% ☐ con accompagnamento ☐ senza accompagnamento;
- Certificazione L. 104 (indicare esito: articolo e comma) _____;
- Collegio di accertamento per l'individuazione dell'alunno con disabilità ai fini della richiesta del voucher di assistenza educativa: ☐ SI ☐ NO
- Esenzione ticket _____

Diagnosi _____

CAREGIVER di riferimento:

1) Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Recapiti (tel e email) _____

2) Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Recapiti (tel e email) _____



Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167

Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 – Fax 035/927676
mail: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

ISEE 2026

- ☐ ordinario
 - ☐ sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico
 - ☐ sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne (caso di persona non coniugata e senza figli che vive con i genitori o con altri parenti o con altre persone)
 - ☐ sociosanitario: genitori del beneficiario minorenne anche se non coniugati e non conviventi
- Valore ISEE: € _____

Si richiede di presentare ISEE 2026 appena sarà possibile ottenerlo presso INPS/CAF (da gennaio 2026) al proprio comune di residenza.

RICHIEDE

l'erogazione del seguente voucher sociale/buono/contributo

PER LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI SERVIZIO:

☐ **INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA'**

- ☐ Assistenza domiciliare rivolta a soggetti fragili (sad – sadh)
- ☐ Interventi domiciliari rivolti a nuclei familiari fragili con minori;

☐ **INTERVENTI AREA DISABILITA' E SALUTE MENTALE**

X SFA (Si fa... Insieme) e PMT (progetti mirati di territorio)

- ☐ Progetti Personalizzati Inclusione Sociale PPIS (inserimenti lavorativi) ☐ ha già effettuato il CORSO SICUREZZA di 4 ore
- ☐ Assistenza educativa scolastica e di inclusione

☐ **INTERVENTI AREA DISAGIO ADULTO**

- ☐ Progetti Personalizzati Inclusione Sociale PPIS ☐ ha già effettuato il CORSO SICUREZZA di 4 ore

L'utente ha beneficiato di voucher/buoni/contributi l'anno precedente ☐ SI ☐ NO

Se si di quale voucher/buono/contributo ha usufruito?



Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167

Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 – Fax 035/927676
mail: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

La domanda potrà riguardare la richiesta di servizi solo per l'anno solare in cui viene presentata o per l'anno scolastico in caso di richiesta intervento di assistenza educativa scolastica.

Ogni anno, pertanto, il beneficiario dovrà ripresentare la domanda di voucher correlata di attestazione ISEE. Su tale certificazione verrà calcolata la quota di compartecipazione al servizio per l'intero anno.

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- che la mia condizione mi porta ad avere la necessità di appoggio o di aiuto da parte di altre persone
- che la mia situazione familiare è la seguente (indicare componenti del nucleo familiare convivente):

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela

- che ho n. ____ figli di cui ____ non conviventi
- non è presente un assistente familiare; ☐ che è presente un assistente familiare per n. ore ____;
- di utilizzare il Voucher Sociale per acquistare le prestazioni selezionate dai soggetti accreditati, erogate mediante l'intervento di operatori qualificati/titolati, in base al voucher concordato con il Servizio Sociale
- di informare immediatamente il servizio sociale nel caso di ricovero presso strutture residenziali o nel caso di significativi cambiamenti rispetto alla mia situazione personale
- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

Luogo e data

Firma



*Sede legale: via del Cantiere n. 4 – 24065 Lovere (Bg)
CF 90029430163 PI 03606190167*

Sede operativa dell'Ambito del Basso Sebino:
via Roma, n. 35 – 24060 Villongo (Bg)
Tel. 035/927031 – Fax 035/927676
mail: francesca.bianchi@cmlaghi.bg.it

☐ La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova impossibilitato a firmare, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o da altro parente.

In assenza di parenti la dichiarazione può essere resa, secondo le modalità indicate, dalla persona che svolge funzioni di cura e che garantisce l'assistenza al soggetto interessato.

Cognome e nome..... grado di parentela o relazione con l'interessato
comune di residenza

Luogo e data, Firma

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- INFORMATIVA PRIVACY SOTTOSCRITTA
- L'ISEE 2026 sarà consegnato appena sarà disponibile al comune di residenza
- VERBALE INVALIDITA' E LEGGE 104
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL DICHIARANTE;
- COPIA CARTA IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO;
- COPIA ATTO NOMINA AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO / TUTORE / CURATORE