



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo

**PON**  
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO  
e delle POLITICHE SOCIALI



Città di  
Vicenza

**AMBITO VEN\_06-VICENZA**

**DOMANDA PER  
CONTRIBUTO / VOUCHER PER  
IL CONTRASTO ALLA POVERTÀ EDUCATIVA**



Codice e revisione:  
6/2023  
Copia CITTADINO  
Copia UFFICIO

P.G.N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A VALERSI SUL PROGETTO (da compilare a cura dell'Ufficio d'Ambito)

- PAIS
- RIA
- FONDO POVERTA'
- ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

**All'Ufficio di Ambito**

Il sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Un voucher per attività del minore finalizzato alle attività previste nel progetto personalizzato su presentazione della documentazione giustificativa.

**Visti i documenti agli atti DICHIARA**

- che la famiglia ha sottoscritto il PATTO PER L'INCLUSIONE SOCIALE
- che la famiglia ha sottoscritto il progetto personalizzato con il servizio sociale

che il beneficiario del progetto è:

- figlio
- altro \_\_\_\_\_

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ Nato/a

a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

tel. \_\_\_\_\_

- che il contributo deve essere erogato con pagamento diretto al fornitore nel caso dei seguenti servizi

<b>SE NON BENEFICIARIO RDC</b>
<input type="checkbox"/> Ludoteca
<input type="checkbox"/> integrazioni rette (mensa, scuola ecc)
<input type="checkbox"/> gite scolastiche
<input type="checkbox"/> centri estivi
<input type="checkbox"/> dopo-scuola
<input type="checkbox"/> sport
<input type="checkbox"/> attività/laboratori culturali
<input type="checkbox"/> pet-therapy
<input type="checkbox"/> mediazione culturale
<input type="checkbox"/> sostegno didattico a distanza/ripetizioni scolastiche
<input type="checkbox"/> dispositivi digitali e di connessioni
<b>sperimentazione/consolidamento di interventi ad integrazione di progettualità già in essere:</b>
<input type="checkbox"/> Attività educative diurne
<input type="checkbox"/> Attività educative domiciliari e territoriali
<input type="checkbox"/> Attività educative di collaborazione e integrazione con la scuola

<b>SE BENEFICIARIO RDC</b>
<input type="checkbox"/> Sostegno socio educativo domiciliare o territoriale
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare Servizi di prossimità
<input type="checkbox"/> Sostegno alla domiciliarità e servizio di mediazione familiare
<input type="checkbox"/> Servizio di mediazione culturale

- Presso il seguente ente accreditato:

\_\_\_\_\_ (attenzione riportare il nome esatto dell'Ente)

- con la seguente **modalità di pagamento**:

assegno bancario

bonifico su c/c intestato a \_\_\_\_\_ c.f./p.iva \_\_\_\_\_

Iban  
 \_\_\_\_\_

altra modalità \_\_\_\_\_

**Il beneficiario del contributo sottoscrive che**

- per beneficiare del voucher è obbligatoria la frequenza di almeno il 70% delle ore di attività previste lì dove prevista;
- il voucher dovrà essere utilizzato nei tempi previsti e che saranno comunicati nella lettera di eventuale accoglimento;
- nel caso di mancata partecipazione il 10% del valore del voucher viene riconosciuto quale trattamento assistenziale (andando a ridurre eventuali altri contributi assistenziali) a parziale copertura delle spese sostenute dalla struttura individuata.

Li, \_\_\_\_\_, / / 20\_\_ **FIRMA DEL BENEFICIARIO O DEL REFERENTE PER SUO CONTO**

\_\_\_\_\_

Il beneficiario del contributo è stato/a informato/a che::

- in base al d.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) i dati personali sono utilizzati dal Comune nell'ambito del procedimento di cui trattasi e saranno conservati sino al termine del procedimento cui gli stessi afferiscono; il procedimento può essere gestito solo se "l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità" ai sensi dell'art.6 par 1. lettera a) GDPR
- i dati personali dichiarati nella domanda devono essere obbligatoriamente forniti per consentire l'erogazione della prestazione sociale richiesta; che gli stessi possono essere utilizzati dal Comune di Vicenza, anche con strumenti informatici, per finalità istruttorie correlate alla prestazione sociale richiesta; possono essere comunicati agli organi dello Stato preposti ai controlli di veridicità, nonché alle Amministrazioni certificanti ai fini dei citati controlli;
- il responsabile del procedimento è Paola Baglioni;
- il procedimento si concluderà entro 90 giorni dalla data di presentazione della sua domanda;
- in caso di inerzia degli uffici o di rigetto della domanda, potrà fare ricorso presso il competente Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni e ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni;
- può prendere visione degli atti che riguardano la domanda, presentando apposita richiesta agli uffici del Comune di Vicenza, contra' Busato, 19;
- previa richiesta di appuntamento, potrà rivolgersi agli uffici dei Servizi Sociali – sportello sociale per verificare i dati dichiarati e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge;
- il responsabile del trattamento è il Direttore dei Servizi Sociali del Comune di Vicenza, dr.ssa Micaela Castagnaro.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O DEL REFERENTE PER SUO CONTO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, / / 20\_\_

**Spazio riservato all' addetto alla raccolta della domanda**

- Il dichiarante è stato precedentemente identificato mediante l'esibizione del documento di identità e/o visita domiciliare.
- Attesto che la firma sul progetto personalizzato è stata resa dall'interessato
- Attesto che la firma sul progetto personalizzato è stata resa dal referente del progetto

\_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del dipendente*

L'Assistente Sociale, verificata la domanda presentata, dichiara che **non vi sono motivi ostativi** all'accoglimento della domanda

\_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma assistente sociale*

Il referente del Progetto esprime il seguente parere:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e attesta la copertura economica nell'impegno \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_, (data) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del dipendente*

Il Direttore dispone che si effettuino pagamenti mensili su presentazione di fattura fino all'importo massimo erogabile previsto dal progetto personalizzato

\_\_\_\_\_

Il dirigente Servizi Sociali  
F.to Dr.ssa Castagnaro Micaela

**CRITERI DI PRIORITA' PER L'ACCESSO AL SERVIZIO**

<b>A) SITUAZIONE FAMILIARE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
Nucleo con 3 o più figli	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Nucleo monoparentale	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Difficoltà di conciliare i tempi di lavoro con quelli di cura	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Risorse economiche non sufficienti a coprire le esigenze del nucleo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Conflitti di coppia/separazione conflittuale	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Difficoltà educative dei genitori	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Patologie e/o comportamenti devianti di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Difficoltà di integrazione e/o socializzazione (isolamento)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Reti di sostegno familiare inadeguata o non presente	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
<b>B) SITUAZIONE DEL MINORE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
Adesione al progetto (per minori al di sopra dei 14 anni) (2 punti di adesione di default se il minore è sotto i 14 anni)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Difficoltà di apprendimento	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Certificazione (ritardo cognitivo, ADHD, iperattività, fobia scolastica)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Mancato svolgimento dei compiti e/o mancanza del materiale scolastico	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Difficoltà di integrazione nel contesto scolastico	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Dispersione scolastica (frequenza discontinua/mancata frequenza in età d'obbligo)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Rapporto conflittuale con i genitori o i familiari	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Difficoltà di integrazione in ambito extra scolastico	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<b>C) SERVIZI COINVOLTI</b>	
Neuropsichiatria infantile, età evolutiva se presenti 1 se assenti 0	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Rapporto conflittuale con i genitori o i familiari	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Difficoltà di integrazione in ambito extra scolastico	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<b>CALCOLO PUNTEGGIO TOTALE</b>	

## Relazione Servizio sociale

L'attività oggetto della presente relazione è concordata nell'ambito del PATTO PER L'INCLUSIONE /PROGETTO PERSONALIZZATO per beneficiari della misura di contrasto alla povertà, conservato presso gli uffici del servizio sociale referente.

Si conferma che è stata inviata scheda di segnalazione del richiedente\*\*

la struttura \_\_\_\_\_ ospiterà il/la minore \_\_\_\_\_ nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un costo concordato complessivo di € \_\_\_\_\_ .

La famiglia ha concordato con il servizio sociale uno specifico progetto che è conservato agli atti PRESSO L'UFFICIO DEL SERVIZIO SOCIALE RICHIEDENTE.

La struttura in cui il/la minore è stato/a inserito/a è accreditata all'albo fornitori per l'erogazione di prestazioni a supporto delle progettualità definite nell'ambito della presa in carico sociale a favore delle famiglie beneficiarie delle misure di contrasto alla povertà (voucher sociali).

Firma

Assistente Sociale

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

\*\* se la scheda è stata inviata a nome di altra persona del nucleo indicare Nome e Cognome