



## COMUNE DI VOGHERA

Provincia di Pavia

PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

**BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI FINALIZZATI A SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI CON DISABILITÀ CHE NECESSITANO DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (MISURA B2) DURANTE I CENTRI ESTIVI - ANNO 2026.**

### FINALITÀ

Il presente bando intende sostenere le famiglie di minori con disabilità attraverso l'erogazione di Voucher Sociali finalizzati alla partecipazione ai centri estivi organizzati sul territorio.

Il Voucher ha l'obiettivo di promuovere:

- l'integrazione sociale e il coinvolgimento in attività educative e ricreative;
- il sostegno alle famiglie durante il periodo estivo;
- il benessere e la crescita dell'autonomia personale dei minori.

L'intervento è attuato nelle more dell'approvazione del PNNA 2025-2027 e della conseguente programmazione regionale in applicazione dei criteri previsti dalla DGR n. 3719/2024, della DGR n. XII/5926/2026, della nota della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità di Regione Lombardia del 21.04.2026 e prevista dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese nella seduta del 6.05.2026.

### DESTINATARI E REQUISITI DI ACCESSO ALLA MISURA

Sono destinatari della misura in oggetto del presente Bando i soggetti in possesso dei seguenti requisiti:

- residenza in uno dei Comuni dell'Ambito di Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese: Bagnaria, Borgo Priolo, Borgoratto Mormorolo, Brallo di Pregola, Casei Gerola, Cecima, Codevilla, Colli Verdi, Corana, Cornale e Bastida, Godiasco Salice Terme, Menconico, Montalto Pavese, Montesegale, Ponte Nizza, Retorbido, Rivanazzano Terme, Rocca Susella, Romagnese, Santa Margherita di Staffora, Silvano Pietra, Torrazza Coste, Val di Nizza, Varzi, Voghera, Zavattarello;
- persone minorenni in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato così come accertata ai sensi dell'art.3 c.3 della L. 104/92 e/o beneficiarie dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. n. 508/1988 ;
- persone minorenni che fanno parte di nuclei familiari con Isee ordinario fino a un massimo di € 40.000,00, compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto dalla normativa.

### STANZIAMENTO

E' stata stanziata la somma complessiva di € 28.48695 destinata all'Assistenza diretta - Voucher interventi sociali integrativi a favore di minori con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato, in attuazione di quanto disposto da Regione Lombardia e nelle more dell'approvazione del PNNA 2025 - 2027.

Valutata la disponibilità di eventuali residui, si procederà ad effettuare integrazione del budget disponibile.

### TIPOLOGIE DI INTERVENTO

Per assicurare una presa in carico globale della persona con problematiche sociosanitarie e per evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione è di carattere multidimensionale.

La valutazione multidimensionale e multi professionale, successiva alla verifica dei requisiti di accesso, è effettuata dagli ambiti in modalità integrata con l'ASST ove ne ricorra la necessità in relazione alle condizioni sanitarie rilevate, sulla base di specifici protocolli operativi definiti tra ASST e ambiti validati dalla Cabina di Regia ai sensi della D.G.R. n. 6760/2022.

Sarà stilato un Progetto Individuale di Assistenza che contiene l'esito della valutazione sociale e/o multidimensionale della persona, la descrizione dei fondamentali obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili in termini di qualità della vita del minore disabile. L'intervento è mirato al supporto educativo per l'integrazione sociale e per il coinvolgimento in attività educative e ricreative destinato a minori frequentanti centri estivi.

Il voucher è finalizzato alla copertura di una quota parte delle spese relative ai servizi educativi offerti dai centri estivi e ricreativi, con un importo totale per ciascun beneficiario non superiore ad € 520,00 complessivi.

#### MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE

La domanda di assegnazione degli interventi dovrà essere predisposta utilizzando il modulo allegato al presente Bando (All. 1A), corredata da ogni idonea documentazione e dichiarazione.

La domanda può essere presentata dal 12.05.2026 al 24.05.2026

- presso il Comune di residenza;
- tramite posta al seguente indirizzo: Comune di Voghera, Ufficio Protocollo, Piazza Duomo n. 1, 27058, Voghera;
- tramite e-mail al seguente indirizzo: protocollo@comune.voghera.pv.it;
- tramite pec al seguente indirizzo: protocollo@cert.comune.voghera.pv.it (esclusivamente da altro indirizzo di posta elettronica certificata).

Gli invii tramite mail ordinaria dovranno contenere richiesta di conferma di ricezione da parte dell'ufficio il quale rimane esentato in caso di fallito ricevimento.

Gli interventi inseriti nei singoli Progetti Individuali potranno essere utilizzati entro il 30.09.2026.

L'assegnazione del Voucher è determinata dalla posizione occupata in graduatoria, redatta in base al valore dell'ISEE posseduto, dal più basso al più alto, e a parità di valore in funzione dell'ordine di presentazione della domanda.

La graduatoria sarà formata entro il 31.05.2026.

Le domande pervenute oltre il termine stabilito dal presente bando potranno essere istruite esclusivamente nei limiti delle risorse finanziarie disponibili e con tempistiche che eccedono il termine della graduatoria indicata.

Sarà cura del richiedente consegnare la domanda compilata in ogni sua parte e corredata dagli allegati richiesti.

#### DECADENZA E/O SOSPENSIONE

Il beneficiario decade dal diritto per le seguenti cause:

- trasferimento della residenza in altra Regione;
- sottoscrizione di dichiarazioni false e/o inattendibili risultate dai controlli effettuati;
- non rispetto del progetto concordato a seguito di valutazione dell'assistente sociale;
- modifica o perdita dei requisiti e delle condizioni che hanno consentito l'accesso al beneficio.

#### CONTROLLI

Sulle dichiarazioni presentate in ordine alla richiesta del beneficio saranno effettuati controlli.

Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, l'Ufficio di Piano adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

#### INFORMAZIONI

Per ogni informazione o chiarimento è possibile contattare:

l'Ufficio di Piano dell'Ambito di Voghera e CMOP telefonando al numero 0383/336478;

#### PUBBLICIZZAZIONE

Il presente documento sarà pubblicato sul sito web del Comune di Voghera nonché diffuso dai Comuni dell'Ambito di Voghera e CMOP mediante i propri canali istituzionali.

#### RESPONSABILE

Il responsabile incaricato del procedimento per il riconoscimento dell'intervento di cui in oggetto è la Dirigente Settore Servizi Sociali e Pubblica Istruzione, Dott.ssa Angela Tortorelli.

## PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

All'Ufficio di Piano - Comune di Voghera  
Ambito Territoriale Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese

**BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI FINALIZZATI A SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI CON DISABILITÀ CHE NECESSITANO DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (MISURA B2) DURANTE I CENTRI ESTIVI - ANNO 2026.**

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
in qualità di (specificare il tipo di parentela con l'eventuale beneficiario) .....

Recapito telefonico (indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono):

Tel. .... / ..... Sig. ....

Tel. .... / ..... Sig. ....

**CHIEDE**

**L'ASSEGNAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI PER LA FREQUENZA DEL CENTRO ESTIVO**

**Destinatario dell'assistenza:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

**Care giver:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
Grado di parentela .....

A tal fine allega:

- copia del verbale d'invalidità;
- certificazione di disabilità ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013;
- certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
- certificazione indennità di accompagnamento ai sensi L. n. 18/1980 e L. n. 508/1988;
- attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ISEE ordinario in caso di minori);
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente;
- eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla D.G.R. n. 3719/2024 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi

### DICHIARA

che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:

- è inserita in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale  NO  SI;  
(es. Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)

- è inserita in una Unità d'offerta semiresidenziale socio-sanitaria o sociale  NO  SI;  
(es. Centro Diurno per Disabili, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)

Se SÌ per un totale ore settimanale di \_\_\_\_\_

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- misura B1 (D.G.R. n. 3719/2024)  NO  SI
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale  NO  SI
- misura Home Care Premium/INPS HCP  NO  SI
- interventi a sostegno della famiglia per interventi di supporto socializzazione e svago realizzate presso CDD, RSD, oppure organizzate da Enti del Terzo Settore in raccordo con Comuni/Ambiti che non sono considerate come iscrizione a un servizio formale  NO  SI
- altri contributi economici/misure di sostegno/servizi  NO  SI  
specificare \_\_\_\_\_

- A tal fine dichiara che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita

- che si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative alle condizioni economiche, al ricovero in istituto, ai cambiamenti anagrafici ed a qualsiasi altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000);

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_