



## COMUNE DI VICENZA

CAPOFILA PER I PROGETTI DI CONTRASTO ALLA POVERTA'  
Settore Servizi Sociali

### CONTRIBUTO PER PROGETTO "interventi e prestazioni per minori"



Codice e revisione: 5/2022  
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) \_\_\_\_\_

#### *Al Comune di Vicenza*

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. \_\_\_\_\_



- 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.

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