

AL COMUNE DI _____

RICHIESTA VOUCHER SOCIALE ADULTI/ANZIANI CON DISABILITÀ GRAVE (FNA 2022 – ESERCIZIO 2023 – DGR 7751/2022)

La/Il sottoscritta/o

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

indirizzo e-mail _____

 in qualità di diretto interessato

OVVERO

A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di:

- TUTORE
 CURATORE
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

B) Nel caso la persona sia in stato d'impedimento temporaneo, in qualità di:

- CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) _____

DATI PERSONA ADULTA/ANZIAN CON DISABILITA' GRAVE

Codice fiscale	Cognome – Nome	Stato Civile
Data Nascita	Luogo Nascita	Provincia
Comune di Residenza	Indirizzo	n° telefono

RICHIEDE

 di poter usufruire, dell'erogazione di un **VOUCHER SOCIALE ADULTI/ANZIANI CON DISABILITÀ GRAVE**, scegliendo la seguente tipologia (barrare una tipologia)

- VOUCHER SOCIALE DI SOLLIEVO DOMICILIARE
 VOUCHER SOCIALE DI INTERVENTO DOMICILIARE LEGGERO

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dagli 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

- ⇒ di essere residente in uno dei 17 Comuni dell'Ambito di Romano di Lombardia;
- ⇒ la presenza di persona maggiorenne in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 oppure beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 (come da certificazione allegata);
- ⇒ di avere I.S.E.E. socio-sanitario in corso di validità inferiore a € 25.000= (come da copia allegata);
- ⇒ di essere a conoscenza che il Voucher Sociale verrà erogato in base alla tipologia prevista dal Progetto Individualizzato d'Intervento concordato con il Servizio Sociale e che potrà essere utilizzato esclusivamente per prestazioni di natura socio-assistenziale erogate a domicilio dal soggetto accreditato scelto dai "Registri dei soggetti accreditati per l'erogazione dei Servizi Domiciliari (S.A.D./Solievo Domiciliare e S.A.D.L.) dell'Ambito di Romano di Lombardia";
- ⇒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione del Voucher Sociale;
- ⇒ di essere informato che, ai sensi degli artt. 13-14 del RGPD-UE 2016/679, i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza presentata e per le finalità ad essa connesse. Il trattamento dei dati è effettuato con strumenti sia cartacei che informatici e sarà svolto nel rispetto delle misure di sicurezza stabilite nel Regolamento aziendale assunto in materia. La mancata comunicazione dei dati comporta la non adozione del provvedimento richiesto. Può essere esercitato il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione e/o cancellazione dei dati previsto dagli artt.15-22 del Regolamento UE 2016/679.
- ⇒ di autorizzare e prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti della normativa nazionale (D.Lgs. 196/03 come novellato dal D.Lgs. 101/18) e europea (Regolamento UE 679/16) in materia di privacy, per la finalità connessa al presente Bando che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.
- ⇒ di essere informato, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n.445/2000, che l'A.S.C. Solidalia potrà effettuare idonei controlli per la verifica di quanto sopra dichiarato con eventuale esibizione anche di documentazione a supporto.

Luogo e dataIl Dichiarante

ALLEGA

- Attestazione I.S.E.E. socio-sanitario in corso di validità;
- Copia della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 oppure copia della certificazione d'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento del componente fragile;
- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario.

ALLEGATO A - VALUTAZIONE (a cura dell'Assistente sociale)

A.D.L. (Index of Independence in Activities of Daily Living)		
	Punteggio	
(AD 1) Fare il bagno	1	<input type="checkbox"/> Non riceve alcuna assistenza (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) <input type="checkbox"/> Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. la schiena od una gamba)
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo (o rimane non lavato)
(AD 2) Vestirsi	1	<input type="checkbox"/> Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza <input type="checkbox"/> Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito
(AD 3) Uso dei servizi	1	<input type="checkbox"/> Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda svuotandola al mattino)
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nell'andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell'usare la padella o la comoda <input type="checkbox"/> Non va ai servizi per i bisogni corporali
(AD 4) Spostarsi	1	<input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)
	0	<input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza <input type="checkbox"/> Non si alza dal letto
(AD 5) Continenza	1	<input type="checkbox"/> Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione
	0	<input type="checkbox"/> Ha occasionali "incidenti" <input type="checkbox"/> Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente
(AD 6) Alimentarsi	1	<input type="checkbox"/> Si alimenta da solo senza assistenza <input type="checkbox"/> Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa
TOTALE		
I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living)		
	Punteggio	
(I.A. 1) A Capacità di usare il telefono	1	<input type="checkbox"/> Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero <input type="checkbox"/> Compone solo alcuni numeri ben conosciuti <input type="checkbox"/> E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare
	0	<input type="checkbox"/> Non è capace di usare il telefono
(I.A. 2) B Movimento per acquisti nei negozi	1	<input type="checkbox"/> Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi
	0	<input type="checkbox"/> E' in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
(I.A. 3) C Mezzi di trasporto	1	<input type="checkbox"/> Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto <input type="checkbox"/> Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici <input type="checkbox"/> Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno
	0	<input type="checkbox"/> Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l'assistenza di altri <input type="checkbox"/> Non si sposta per niente
(I.A. 4) D Responsabilità nell'uso di farmaci	1	<input type="checkbox"/> E' in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto
	0	<input type="checkbox"/> E' in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate <input type="checkbox"/> Non è in grado di assumere medicine da solo

(I.A. 5) E Capacità di gestire il danaro	1	<input type="checkbox"/> Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) <input type="checkbox"/> Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.
	0	<input type="checkbox"/> E' incapace di maneggiare denaro
(I.A. 6) F Cucinare	1	<input type="checkbox"/> Si prepara e si serve i pasti da solo
	0	<input type="checkbox"/> Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti
(I.A. 7) G Accudire la casa	1	<input type="checkbox"/> Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori
	0	<input type="checkbox"/> Non fa alcun lavoro domestico
(I.A. 8) H Bucato	1	<input type="checkbox"/> Lava da solo tutto o solo la biancheria
	0	<input type="checkbox"/> Tutto il bucato è fatto da altri
TOTALE		

ALLEGATO B – PROGETTO INDIVIDUALE (a cura dell'Assistente Sociale)

1) SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE

o **IMPEGNO DEI CAREGIVER FAMILIARE** (indicare il Caregiver principale)

COGNOME E NOME	PARENTELA	RESIDENZA	ORE GIORNALIERE E PRESTAZIONI ASSICURATE

o **SERVIZI/INTERVENTI ATTIVI (RETE FORMALE)**

- SAD Comunale (ore settimanali n.....)
- ADI (ASST)
- IFEC
- SERVIZI DI SOLLIEVO
- SERVIZI DI TRASPORTO

- PASTI A DOMICILIO
- SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI
- ASSISTENZA ECONOMICA
- SOSTEGNO ABITATIVO
- Altro.....

2) SINTESI BISOGNI RILEVATI

.....

3) OBIETTIVI

.....

4) MODALITÀ DI REALIZZAZIONE

.....

5) SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO

Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data,

Il Beneficiario (se in grado)

Il Caregiver Familiare

Assistente Sociale

ALLEGATO C - EROGAZIONE VOUCHER SOCIALE

A CURA DELL' ASSISTENTE SOCIALE	DATI BENEFICIARIO										
	Cognome _____ Nome _____										
	Residente a _____ Via _____ n. _____										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e0f0e0;">PROFILO DI VOUCHER <i>(barrare profilo assegnato)</i></th> <th style="background-color: #e0f0e0;">N° ORE</th> <th style="background-color: #e0f0e0;">VALORE MENSILE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Voucher Sollievo Domiciliare - SAD</td> <td>(max 50 ore) n° ore _____</td> <td>(max € 1038,50) € _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Voucher Intervento Domiciliare Leggero - SADL</td> <td>(max 50 ore) n° ore _____</td> <td>(max € 900,00) € _____</td> </tr> </tbody> </table>			PROFILO DI VOUCHER <i>(barrare profilo assegnato)</i>	N° ORE	VALORE MENSILE	<input type="checkbox"/> Voucher Sollievo Domiciliare - SAD	(max 50 ore) n° ore _____	(max € 1038,50) € _____	<input type="checkbox"/> Voucher Intervento Domiciliare Leggero - SADL	(max 50 ore) n° ore _____
PROFILO DI VOUCHER <i>(barrare profilo assegnato)</i>	N° ORE	VALORE MENSILE									
<input type="checkbox"/> Voucher Sollievo Domiciliare - SAD	(max 50 ore) n° ore _____	(max € 1038,50) € _____									
<input type="checkbox"/> Voucher Intervento Domiciliare Leggero - SADL	(max 50 ore) n° ore _____	(max € 900,00) € _____									
Assistente Sociale											
Data _____											
A CURA DEL RICHIEDENTE	Il richiedente accetta il Profilo di Voucher Sociale assegnato e sceglie il seguente soggetto erogatore accreditato: _____										
	Data _____ Firma _____										
A CURA DI SOLIDALIA	AUTORIZZAZIONE										
	Il Coordinatore Area Non Autosufficienza ASC SOLIDALIA Data _____										
A CURA DEL SOGGETTO ACCREDITATO	Il soggetto erogatore accreditato _____ scelto dal beneficiario si impegna ad erogare al domicilio del richiedente le prestazioni socio-assistenziali previste nel Progetto Individualizzato d'Intervento Domiciliare concordato con il Servizio Sociale di riferimento e con la famiglia.										
	Data _____ Firma _____										