

AL COMUNE DI _____

RICHIESTA VOUCHER SOCIALE DI SOLLIEVO DOMICILIARE ANNO 2024 MISURA B2

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/ANZIANA 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 DI SOLLIEVO DOMICILIARE ANNO 2024**.

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 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 dall' "Elenco dei soggetti accreditati per il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) dell'Ambito Territoriale 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 a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, 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. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/16 (GDPR)

Ai sensi del GDPR, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, La informiamo di quanto segue:

- i dati personali sono raccolti e trattati esclusivamente per l'erogazione delle misure previste nel presente bando;
- titolare del trattamento dei dati è l'ASC Solidalia. Il trattamento è effettuato da Solidalia e dai Comuni mediante propri soggetti interni autorizzati o responsabili esterni del trattamento appositamente nominati;
- il trattamento dei dati personali forniti è obbligatorio ai fini dell'erogazione delle misure. Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alle misure;
- il trattamento dei dati è effettuato con mezzi cartacei e informatici. Sono adottate misure tecniche ed organizzative, ai sensi dell'art. 32 del GDPR, adeguate a garantire la protezione, la sicurezza e l'integrità dei propri dati personali. Non è previsto il trasferimento di dati in Paesi terzi extra UE. Non si ricorre a profilazione o ad altre forme di trattamento interamente automatizzato dei dati;
- l'interessato può richiedere l'accesso ai propri dati personali ed esercitare gli altri diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del GDPR. L'interessato può ottenere l'informativa completa sul trattamento dei dati personali accedendo al sito www.aziendasolidalia.it, oppure facendone richiesta agli uffici dell'Azienda.

- Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, e che il trattamento dei dati è obbligatorio per conseguire gli scopi per i quali è posto in essere, ovvero l'erogazione del Voucher Sociale.

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)	1	<input type="checkbox"/> Si prepara e si serve i pasti da solo
F Cucinare	0	<input type="checkbox"/> Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti
(I.A. 7)	1	<input type="checkbox"/> Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori
G Accudire la casa	0	<input type="checkbox"/> Non fa alcun lavoro domestico
(I.A. 8)	1	<input type="checkbox"/> Lava da solo tutto o solo la biancheria
H Bucato	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 per primo 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 valutazione,.....

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. _____	
A CURA DELL' ASSISTENTE SOCIALE	PROFILO DI VOUCHER <i>(barrare profilo assegnato)</i>	N° ORE
	Voucher Sollievo Domiciliare	(max 40 ore) n° ore _____
	(max € 830,80) € _____	
	Data _____ <i>Assistente Sociale Comune</i> _____	
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 Data _____ <i>Il Referente ASC SOLIDALIA</i> <i>Assistente Sociale Mara Lorenzi</i>	
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 _____	