**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 degli 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. sociosanitario 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](http://www.aziendasolidalia.it), oppure facendone richiesta gli 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 data .......................................................Il 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 Indipendence in Activities of Daily Living)** |
|  | Punteggio  |  |
| (AD 1)Fare il bagno | 1 |  Non riceve alcuna assistenza (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno)  Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. la schiena od una gamba) |
| 0 |  Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo ( o rimane non lavato) |
| (AD 2)Vestirsi | 1 |  Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe |
| 0 |  Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito |
| (AD 3)Uso dei servizi | 1 |  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 |  Riceve assistenza nell’andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell’usare la padella o la comoda Non va ai servizi per i bisogni corporali |
| (AD 4)Spostarsi | 1 |  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 |  Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza Non si alza dal letto |
| (AD 5)Continenza | 1 |  Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione |
| 0 |  Ha occasionali “incidenti” Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente |
| (AD 6)Alimentarsi | 1 |  Si alimenta da solo senza assistenza Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane |
| 0 |  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)ACapacità di usare il telefono | 1 |  Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero Compone solo alcuni numeri ben conosciuti E’ in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare  |
| 0 |  Non è capace di usare il telefono |
| ( I.A. 2)BMovimento per acquisti nei negozi | 1 |  Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi |
| 0 |  E’ in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi E’ del tutto incapace di fare acquisti nei negozi |
| ( I.A. 3)CMezzi di trasporto | 1 |  Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno |
| 0 |  Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l’assistenza di altri Non si sposta per niente |
| ( I.A. 4)DResponsabilità nell’uso di farmaci | 1 |  E’ in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto |
| 0 |  E’ in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate Non è in grado di assumere medicine da solo |
| ( I.A. 5)ECapacità di gestire il danaro | 1 |  Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente ( bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc. |
| 0 |  E’ incapace di maneggiare denaro |
| ( I.A. 6)FCucinare | 1 |  Si prepara e si serve i pasti da solo |
| 0 |  Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti |
| ( I.A. 7)GAccudire la casa | 1 |  Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori |
| 0 |  Non fa alcun lavoro domestico |
| ( I.A. 8)HBucato | 1 |  Lava da solo tutto o solo la biancheria |
| 0 |  Tutto il bucato è fatto da altri |
| **TOTALE**  |  |

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

1. **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**
* *IMPEGNO DEI CAREGIVER FAMILIARE* (indicare per primo il Caregiver principale)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME  | PARENTELA  | RESIDENZA  | ORE GIORNALIERE E PRESTAZIONI ASSICURATE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* *SERVIZI/INTERVENTI ATTIVI (RETE FORMALE)*

 SAD Comunale (ore settimanali n…........ ) PASTI A DOMICILIO

 ADI (ASST) SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI

 IFEC ASSISTENZA ECONOMICA

SERVIZI DI SOLLIEVO SOSTEGNO ABITATIVO

 SERVIZI DI TRASPORTO Altro………………………………

1. **SINTESI BISOGNI RILEVATI** …………………………………………………………………………………………………………………………...……..………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………...
2. **OBIETTIVI** ………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………
3. **MODALITÀ DI REALIZZAZIONE**  ………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………
4. **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. \_\_\_\_\_ |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROFILO DI VOUCHER** *(barrare profilo assegnato)* | **N° ORE** | **VALORE MENSILE** |
| **Voucher Sollievo Domiciliare**  | **(max 40 ore) n° ore \_\_\_\_\_\_** | **(max € 882,80) € \_\_\_\_\_\_\_** |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Assistente Sociale Comune*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **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 Referente ASC SOLIDALIA *Assistente Sociale Mara Lorenzi*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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |