

COMUNE DI

Al Direttore dei Servizi Sociali
Azienda S.S.L. n.10 "Veneto Orientale"

Oggetto: Programma locale degli interventi sperimentali per il sollievo a favore delle famiglie che assistono persone con disabilità o adulti e anziani non autosufficienti. Azione B.1 Accoglienza temporanea in strutture residenziali della persona non autosufficiente.

Domanda di attivazione intervento di accoglienza di sollievo e rilascio buono servizio a favore di:

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita [][][][][][][][][]
Indirizzo _____ Tel. _____
Codice Fiscale _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ Tel. _____
Familiare di riferimento _____ residente nel Comune
di _____ in Via _____ n. _____
Tel. _____

Il servizio sociale del Comune ha accertato la sussistenza dei requisiti richiesti dal disciplinare per l'utilizzo dei posti letto per l'accoglienza temporanea. L'Unità di Valutazione Distrettuale in data [][][][][][][][][] ha valutato la richiesta e ha predisposto il progetto di accoglienza temporanea di sollievo.

Periodo di accoglienza previsto dal [][][][][][][][][] al [][][][][][][][][] per un totale di giornate [][][].

Per le giornate di accoglienza temporanea, si chiede che venga rilasciato all'interessato il buono servizio per l'accoglienza di sollievo.

Valore del Buono servizio da riconoscere: € 44,00 x _____ giornate di accoglienza = € _____,00

L'interessato nell'anno in corso ha già usufruito di n. [][][] giornate di accoglienza.

Preferenza struttura residenziale (qualora disponibile presso la stessa il posto letto):

1.
2.

Si dichiara che all'interessato e ai suoi familiari sono state fornite tutte le informazioni relative alle modalità di fruizione dei posti letto per l'accoglienza temporanea.

La differenza tra il valore del Buono servizio e il costo della retta giornaliera praticata dalla struttura che accoglierà l'interessato sarà a carico:

dell'interessato stesso (compresi i civilmente obbligati);

Indicare il nome della persona a cui intestare la fattura (in alternativa alla persona interessata):

Nome _____ Cognome _____ residente nel Comune di _____
in Via _____ n. ____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

parte dell'interessato e parte del Comune di residenza nella misura che sarà comunicata alla Direzione dei Servizi Sociali dell'ULSS non appena individuata la struttura accogliente.

Indicare il nome della persona a cui intestare la fattura (in alternativa alla persona interessata):

Nome _____ Cognome _____ residente nel Comune di _____
in Via _____ n. ____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

totalmente a carico del Comune di residenza.

La scrivente Amministrazione comunale:

- si fa garante, fin d'ora, del pagamento della quota prevista a carico della persona interessata per tutto il periodo di accoglienza, nei confronti dell'Azienda ULSS che provvederà, come da disciplinare, direttamente al pagamento dei costi per il periodo di accoglienza autorizzato alla struttura ospitante.
- ha accertato che la certificazione ISEE del nucleo familiare del richiedente è di importo non superiore a € 15.000,00;

Si allegano:

- 1) Verbale UOD con specifica del codice profilo autonomia della persona interessata e Scheda Priorità accoglienza.
- 2) Progetto di accoglienza sottoscritto dai referenti del progetto.
- 3) Altra documentazione

_____;
 _____;

_____ li _____

FIRMA

(Il Responsabile del Servizio)

Al Sig. Sindaco
del Comune di

Oggetto: Domanda di Buono Servizio per l'Accoglienza di Sollievo.

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Residenza _____ Tel. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ Tel _____

Familiare di riferimento _____ Tel _____

Richiedente

- Se stesso
- Familiare
- Tutore
- Servizio del Distretto Socio Sanitario n. _____
- Servizio Sociale del Comune di _____
- Altro _____

Motivo della Richiesta:

Periodo di accoglienza dal _____ al _____
_____ al _____
_____ al _____

Si allegano:

- 1) Certificazione ISEE del nucleo familiare del richiedente;
- 2) Richiesta di attivazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale corredata dal modulo di consenso al trattamento dei dati;
- 3) Fotocopia del verbale di invalidità civile rilasciato dalla competente commissione o valutazione di non autosufficienza accertata dall'UVDM;
- 4) Altra documentazione richiesta dal Comune (specificare):

_____ :
 _____ :
 _____ :
 _____ :

Il Buono servizio ha un controvalore di € 44,00 per ogni giorno di accoglienza. La rimanente parte per coprire il costo della retta giornaliera è a carico dell'interessato o degli obbligati civilmente.

Il Buono Servizio può essere riconosciuto per un massimo di 30 giorni.

_____ li _____

FIRMA

CONSENSO LEGGE 675/96

In relazione ai dati forniti relativi al sottoscritto, acconsento all'uso dei dati personali di cui sopra nell'ambito dell'istruttoria della domanda per l'attivazione di un progetto di aiuto personale secondo quanto previsto dalla Legge 21 maggio 1998, n. 162 per il conseguimento di una vita indipendente dichiarando di aver avuto in particolare conoscenza che alcuni dati rientrano nel novero di quelli sensibili di cui all'art. 22 della L. 675/96.

DATA ____/____/____

FIRMA

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA D'INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE DI
SOLLIEVO.

1. ISEE IN CORSO DI VALIDITA' DELLA PERSONA ANZIANA
2. ULTIMA LETTERA DI DIMISSIONI
3. REFERTI DI VISITE SPECIALISTICHE
4. CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DELL'ANZIANO
5. EVENTUALE DECRETO DI NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
6. TESSERA SANITARIA DEL RICHIEDENTE E DELL'ANZIANO
7. VERBALE D'INVALIDITA' CIVILE
8. EVENTUALI REFERTI DI VISITE GERIATRICHE/NEUROLOGICHE CHE ATTESTINO LA PRESENZA DI DEMENZA DI TIPO ALZHEIMER
9. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA

NEL CASO IN CUI LA DOMANDA NON VENGA SOTTOSCRITTA DALL'ANZIANO MA DA UN FAMILIARE DEVE ESSERE COMPILATA LA PARTE RELATIVA AL "CONSENSO INFORMATO" DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.

COMUNE DI

Al Direttore dei Servizi Sociali
Azienda ULSS n. 10

Oggetto: Programma locale degli interventi sperimentali per il sollievo a favore delle famiglie che assistono persone con disabilità o adulti e anziani non autosufficienti. Azione B.1 Accoglienza temporanea in strutture residenziali della persona non autosufficiente.

Domanda di attivazione intervento di pronta accoglienza e rilascio buono servizio a favore di:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita

Indirizzo _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ Tel. _____

Familiare di riferimento _____ residente nel Comune di _____

_____ in Via _____ n. _____ Tel. _____

Il servizio sociale del Comune ha accertato la sussistenza dei requisiti richiesti dal disciplinare per l'utilizzo dei posti letto per la pronta accoglienza. Ha verificato la condizione socio-familiare dell'interessato che risulta caratterizzata da eventi improvvisi non affrontabili nell'ambito della sfera familiare e ha elaborato il progetto provvisorio di pronta accoglienza che sarà proposto, per la sua rettifica, in sede di valutazione dell'Unità Operativa Distrettuale - già attivata con richiesta del .

Da compilare solo nel caso di attivazione urgente del posto letto:

Il Servizio sociale del Comune, data l'urgenza ad attivare la pronta accoglienza, in accordo con la struttura residenziale ha provveduto all'inserimento della persona interessata a partire dalla data .

Periodo di accoglienza previsto dal al per un totale di giornate .

Per le prime 10 giornate di pronta accoglienza, la persona interessata usufruirà gratuitamente del posto letto occupato, come previsto dal disciplinare per l'utilizzo di posti letto per l'accoglienza temporanea. Dall'undicesimo giorno si chiede che venga riconosciuto all'interessato il Buono servizio.

Valore del Buono servizio da riconoscere: € 44,00 x _____ giornate di accoglienza = € _____,00
L'interessato nell'anno in corso ha già usufruito di n. giornate di accoglienza.

Preferenza struttura residenziale (qualora disponibile presso la stessa il posto letto):

1.
2.

Si dichiara che:

- l'interessato è stato dichiarato invalido civile al 100% dalla Commissione per l'accertamento degli stati di invalidità civile in data _____;
- all'interessato e ai suoi familiari sono state fornite tutte le informazioni relative alle modalità di fruizione dei posti letto per la pronta accoglienza.

La quota differenza tra il valore del Buono servizio e il costo della retta giornaliera praticata dalla struttura che accoglierà l'interessato sarà a carico:

dell'interessato stesso (compresi i civilmente obbligati);

Indicare il nome della persona a cui intestare la fattura (in alternativa alla persona interessata):

Nome _____ Cognome _____ residente nel Comune di _____ in Via _____ n. ____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

parte dell'interessato e parte del Comune di residenza nella misura che sarà comunicata alla Direzione dei Servizi Sociali dell' ULSS non appena individuata la struttura accogliente.

Indicare il nome della persona a cui intestare la fattura (in alternativa alla persona interessata):

Nome _____ Cognome _____ residente nel Comune di _____ in Via _____ n. ____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

totalmente a carico del Comune di residenza.

La scrivente Amministrazione comunale si fa garante comunque, fin d'ora, del pagamento della quota prevista a carico della persona interessata per tutto il periodo di accoglienza, nei confronti dell'Azienda ULSS che provvederà, come da disciplinare, direttamente al pagamento alla struttura residenziale dei costi per il periodo di accoglienza autorizzato.

Si allegano:

1. valutazione di non autosufficienza accertata precedentemente dalla UOD o certificato medico che attesti una condizione di autosufficienza, in assenza di certificato di invalidità civile.
2. Progetto provvisorio di pronta accoglienza sottoscritto dai referenti del progetto.
3. Altra documentazione

- _____;
- _____.

Il Servizio sociale del Comune si impegna, non appena effettuata la valutazione del caso in sede di UOD a trasmettere alla Direzione dei Servizi Sociali:

- Verbale UOD con specifica del codice profilo autonomia della persona interessata e Scheda Priorità accoglienza
- Progetto definitivo di accoglienza temporanea sottoscritto dai referenti del progetto.

Il _____

FIRMA

(Il Responsabile del Servizio)