**AL COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **RICHIESTA VOUCHER SOCIALE DI SOLLIEVO DOMICILIARE ANNO 2025 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 2025.**

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 una persona adulta, assistite al domicilio dal solo caregiver familiare senza assistente familiare, con compromissione, singola o plurima, che ne riduca l’autonomia personale e tale da

rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, 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)  A  Capacità 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)  B  Movimento 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)  C  Mezzi 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)  D  Responsabilità 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)  E  Capacità 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)  F Cucinare | | 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)  G  Accudire 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)  H Bucato | | 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

Servizio 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 € 925,20\*) € \_\_\_\_\_\_\_** |   Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Assistente Sociale*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **A CURA DEL RICHIEDENTE** | Il richiedente **accetta** il Profilo di Voucher Sociale assegnato e **sceglie** il seguente soggetto erogatore accreditato:   * **DOMICARE** * **CUMSORTIS** * **PROGES**   Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* I costi delle prestazioni rese nei giorni festivi sono maggiorate del 30% con importo complessivo max del Voucher Sociale nei limiti previsti.