



AMBITO TERRITORIALE 14 *Ente Capofila Comune di Romano di L.dia*
e i Comuni di: Antegnate, Barbata, Bariano, Calcio, Cividate al Piano,
Cologno al Serio, Covo, Cortenuova, Fara Olivana con Sola, Fontanella,
Ghisalba, Isso, Martinengo, Morengo, Pumenengo, Torre Pallavicina



Romano di L.dia
Via Balilla, 25
☎ 0363/919255

Modulo A1

COMUNE DI

RICHIESTA DEL SERVIZIO SPERIMENTALE DI SOLLIEVO DOMICILIARE PER ANZIANI IN CONDIZIONI DI FRAGILITA'

Il sottoscritto/a (cognome)(nome).....
nato/a a Prov. il
residente in via/piazza n°
Comune di C.A.P. Prov.
Stato civile Recapito telefonico
Codice Fiscale

RICHIEDE

di poter usufruire del **SERVIZIO DI SOLLIEVO DOMICILIARE**, al fine di sollevare temporaneamente la famiglia dal compito di cura del soggetto anziano in condizione di fragilità, **SCEGLIENDO LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI SERVIZIO** concordata con l'Assistente Sociale:

| TIPOLOGIA | NUMERO ACCESSI | GIORNI | ORARIO |
|-----------------------------------|---|--------|--------|
| <input type="checkbox"/> STANDARD | 1 accesso di 2,5 ore alla settimana per un totale di 10 ore mensili | | |
| <input type="checkbox"/> DOUBLE | 2 accessi di 2,5 ore alla settimana per un totale di 20 ore mensili | | |
| <input type="checkbox"/> EXTRA | 3 accessi di 2,5 ore alla settimana per un totale di 30 ore mensili | | |

per il seguente periodo: DAL AL

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 stato riconosciuto invalido civile SI < NO <
(in caso affermativo **allegare copia verbale d'invalidità**)

- che il proprio nucleo familiare risulta composto dalle persone indicate nella tabella seguente:

| Nome e cognome | Grado di parentela | Data di nascita |
|----------------|--------------------|-----------------|
| | Richiedente | |
| | | |
| | | |
| | | |

- che l'Attestazione I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) corrispondente al nucleo familiare sopra riportato è la seguente (**allegare copia Attestazione I.S.E.E.**):

| | |
|---|-----------|
| Totale componenti nucleo familiare | N° |
| Valore I.S.E.E. | € |

- di accettare la procedura e il sistema tariffario per l'erogazione del servizio sperimentale di sollievo domiciliare per anziani in condizioni di fragilità;
- di impegnarsi a corrispondere all'Ufficio di Piano alla fine del servizio la quota relativa all'eventuale partecipazione economica a carico del richiedente in base all' I.S.E.E. del proprio nucleo familiare, calcolato come previsto alla normativa vigente;
- di accettare che Voucher Sociale venga utilizzato esclusivamente per acquistare prestazioni di natura socio-assistenziale dai soggetti erogatori, al fine di sollevare temporaneamente la famiglia dal "prendersi cura" della persona anziana fragile, mediante un intervento domiciliare di personale ausiliario in base al Progetto Individualizzato di Assistenza concordato con il Servizio Sociale;
- di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, 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. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;

Luogo e dataFirma

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio, o in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare se ricorre questo caso)
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare se ricorre questo caso)

Indicare i dati anagrafici della persona che dichiara nell'interesse del soggetto impedito/incapace:

Cognome e Nome grado di parentela.....
 Luogo/data di nascitaComune di residenza
 Indirizzo e n. civico..... n. tel.....

SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE (a cura dell'Assistente Sociale)

Anamnesi funzionale (A.D.L.)

- A – Lavarsi
- ❖ Si lava autonomamente, senza bisogno alcuno di assistenza <> 3
 - ❖ Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. schiena o gambe) <> 2
 - ❖ Riceve assistenza completa nel lavare più parti del corpo <> 1
- B – Vestirsi
- ❖ Prende gli abiti dall'armadio e si veste completamente senza aiuto <> 3
 - ❖ Prende gli abiti dall'armadio e si veste autonomamente eccetto che per legare le scarpe <> 2
 - ❖ Riceve aiuto nel prendere gli abiti e nel vestirsi in quanto rimarrebbe parzialmente o completamente svestito <> 1
- C – Alimentarsi
- ❖ Si alimenta da solo senza assistenza <> 3
 - ❖ Si alimenta da solo eccetto che nel tagliare la carne o spalmare alimenti sul pane <> 2
 - ❖ Necessita di essere imboccato oppure viene nutrito con sondino o per via endovenosa <> 1
- D – Spostarsi
- ❖ Entra ed esce dal letto, si alza dalla sedia e si siede senza assistenza <> 3
 - ❖ Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza <> 2
 - ❖ Non si alza dal letto <> 1
- E – Continenza
- ❖ Controlla completamente da solo minzione e defecazione <> 3
 - ❖ Ha occasionali "incidenti" <> 2
 - ❖ Il controllo della minzione e defecazione è condizionato dalla sorveglianza, utilizza il catetere o è incontinente <> 1
- F – Uso dei servizi
- ❖ Va ai servizi igienici senza assistenza <> 3
 - ❖ Riceve assistenza per recarsi ai servizi <> 2
 - ❖ Non si reca ai servizi per i bisogni corporali <> 1
- Totale
- INDIPENDENTE <> 18
PARZIALMENTE DIPENDENTE <> 13 - 17
DIPENDENTE <> 6 - 12

Persone di riferimento

| Cognome | Nome | Parentela | Residenza | Recapito Telefono |
|---------|------|-----------|-----------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Risorse territoriali attivate

- < S.A.D. Comunale < Servizio di Cure Domiciliari dell'A.S.L.
- < Altre forme di supporto (Badante, Volontariato, Vicini, Buono Sociale,...)

ASSISTENTE SOCIALE

Luogo e data



AMBITO TERRITORIALE 14 *Ente Capofila Comune di Romano di L.dia*
e i Comuni di: Antegnate, Barbata, Bariano, Calcio, Civate al Piano,
Cologno al Serio, Covo, Cortenuova, Fara Olivana con Sola, Fontanella,
Ghisalba, Isso, Martinengo, Morengo, Pumenengo, Torre Pallavicina



Modulo B1

EROGAZIONE VOUCHER SOCIALE PER SOLLIEVO DOMICILIARE

COMUNE DI _____

Numero Durata dal al

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|----------|----------|----------|----------|
| A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE | DATI ASSISTITO | | | | | | |
| | Cognome _____ Nome _____ | | | | | | |
| | Luogo e Data di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | | |
| Residente a _____ Via _____ n. _____ | | | | | | | |
| Recapito telefonico _____ | | | | | | | |
| Codice fiscale _____ Tessera Sanitaria _____ | | | | | | | |
| PROFILO | < STANDARD €161 | < DOUBLE € 322 | < EXTRA €483 | | | | |
| FASCIA ISEE DI APPARTENENZA | N. <input type="text"/> | PARTECIPAZIONE ECONOMICA DEL RICHIEDENTE | € <input type="text"/> | | | | |
| A CURA DELL'ASSISTITO | Il richiedente accetta il Profilo di Voucher Sociale assegnato e la quota di partecipazione economica determinata in base all'ISEE | | | | | | |
| | Data _____ | | Firma _____ | | | | |
| A CURA DELL'UDP | AUTORIZZAZIONE | | Il Responsabile dell' Ufficio di Piano Dott.ssa Antonietta Maffi | | | | |
| | Data _____ | | _____ | | | | |
| A CURA DELLA COOPERATIVA SOCIALE | La cooperativa sociale _____ si impegna ad erogare al domicilio del richiedente la prestazioni socio-assistenziali previste dal seguente Progetto Individualizzato di Assistenza e a comunicare all'U.D.P. ogni eventuale cambiamento | | | | | | |
| | | L | M | M | G | V | S |
| | Mattina | | | | | | |
| | Pomeriggio | | | | | | |
| | Data _____ | | Firma _____ | | | | |