PROGETTI DI UTILIZZO DEL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2018 (DGR 1253/2019)
MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O
NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI A DOMICILIO

AL COMUNE DI _____

ALLEGATO 1 – RICHIESTA BUONO SOCIALE

La/Il sottoscritta/o

Cognome_____Nome_____

Nato/a a_____il_____residente a_____

in Via _____CAP_____Provincia_____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale 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)_____

C) Nel caso di minore:
❑ GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA (allegare istanza)
❑ GENITORE (in questo caso è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)

DATI PERSONA AFFETTA DA GRAVE DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTE

Codice fiscale	Cognome – Nome	Stato Civile	
Data Nascita	Luogo Nascita		Provincia
Comune di Residenza	Indirizzo	n° telefono	

RICHIEDE

di poter usufruire, ai sensi della *Misura B2 (DGR 1253/2019)* e nello specifico l'erogazione di UNA delle tipologie di Buono Sociale previsto:

- ❑ **BUONO SOCIALE CARE GIVER FAMILIARE**
  Oppure
- ❑ **BUONO SOCIALE ASSISTENTE PERSONALE PRIVATO**
  Oppure
- ❑ **BUONO SOCIALE PER PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE**

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 all'interno del nucleo familiare di un componente affetto da grave disabilità o non autosufficienza assistito a domicilio, la cui condizione sia documentata da certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 *oppure* certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento, di cui alla Legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 *(come da certificazione allegata)*;
- ❑ che l'Attestazione del valore I.S.E.E. socio-sanitario risulta non superiore a € 22.000= nel caso di adulti e l'I.S.E.E. *minorenni* risulta non superiore a € 30.000= nel caso di minori - come previsto dal DCPM 159/2013 - (*come da copia allegata)*;
- ❑ di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione del Buono 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;
- ❑ di richiedere l'accredito con **BONIFICO BANCARIO** (sollevando l'ASC Solidalia da qualsiasi responsabilità anche nei confronti di eventuali altri aventi diritto) sul Corrente Bancario (o Postale), che **deve essere intestato al beneficiario** - Codice IBAN (*allegare fotocopia*)
- ❑ oppure, nel caso il beneficiario non disponesse di un Conto Corrente Bancario (o Postale), di richiedere l'accredito con **BONIFICO BANCARIO** (sollevando l'ASC Solidalia da qualsiasi responsabilità anche nei confronti di eventuali altri aventi diritto) sul Corrente Bancario (o Postale) - Codice IBAN (*vedi fotocopia allegata*) - intestato a …… Luogo e data di nascita …….. Residente a …… grado di parentela …… Codice Fiscale …….....

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 suoi 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 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 Buono Sociale.

- ❑ 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)

Luogo e data .....Il Dichiarante .....

ALLEGA

- Attestazione I.S.E.E. *socio-sanitario* non superiore a € 22.000= per gli adulti e I.S.E.E. *minorenni* non superiore a € 30.000 per i minori (come previsto dal DCPM 159/2013) – 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;
- Nel caso di prestazioni fornite da Assistente Familiare Privato copia del regolare contratto di assunzione, con indicazione dell'importo mensile a carico della famiglia per l'acquisto di prestazioni socio-assistenziali erogate a domicilio;
- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
- Copia del codice IBAN.

Luogo e data .....Il Dichiarante .....:

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 punteggio A.D.L.

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 punteggio I.A.D.L.

VALUTAZIONE SOCIALE							
CONDIZIONE ABITATIVA							**PUNTEGGIO**
Situazione abitativa (ubicazione, servizi igienici, riscaldamento barriere architettoniche…)	Adeguata	0	parzialmente adeguata	2	Inadeguata	4	
Sostenibilità economica abitazione (locazione, mutuo…)	Sostenibile	0	Parzialmente sostenibile	1	Non sostenibile	2	
Precarietà abitativa (sfratto, pignoramento…)	Assente	0	Moderata	2	Severa	4	
CARICO ASSISTENZIALE							**PUNTEGGIO**
Disabilità o invalidità a carico di componenti del nucleo familiare	Nessun riconoscimento di invalidità	0	Riconoscimento di invalidità civile 100%	4	Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento	8	
Ulteriore carico assistenziale (altri componenti)	Assenza di minori e persone anziane con compromissione funzionale	0	Presenza di 1 membro anziano con compromissione funzionale o di 1 minore	2	Presenza di 2 e più membri minori o anziani con compromissione funzionale	4	
Stress del caregiver	Assenza di stress del care giver	0	Stress moderato del caregiver	3	Stress elevato del caregiver	6	
Evento acuto a carico del care giver	Nessun evento a carico del care giver	0	Patologia certificata che compromette l'autonomia funzionale del care giver	3	Decesso o assenza del care giver	5	
Limitazioni della capacità di agire a carico di un componente del nucleo familiare	Assenza di limitazioni	0	Presenza di amministrazione di sostegno	1	Presenza di inabilitazione, interdizione	2	

CARICO SOCIALE							PUNTEGGIO
Dipendenze accertate a carico di un componente del nucleo familiare	Assenza di dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico	0	Presenza di dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico prese in carico da servizio specialistico	3	Presenza di dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico non prese in carico da servizio specialistico	6	
Patologia psichiatrica	Assenza di patologia psichiatrica	0	Presenza di patologia psichiatrica con situazione di buon compenso	3	Presenza di patologia psichiatrica non compensata con ricoveri frequenti	6	
Situazione di pregiudizio per minori	Assenza di situazione di pregiudizio per minori	0	Presenza di criticità nel rapporto genitoriale tale da comportare l'intervento di servizi psico-socio-educativi	3	Presenza di situazione di pregiudizio per minori	6	
Alta conflittualità/maltrattamenti accertati a carico di uno o più componente del nucleo familiare	Assenza di problemi relazionali / agiti maltrattanti	0	Presenza di problemi relazionali severi	3	Presenza di agiti maltrattanti	6	
Nucleo monogenitoriale	Assenza di nucleo monogenitoriale	0	Nucleo familiare costituito da un solo genitore e da 1 figlio	2	Nucleo familiare costituito da un solo genitore e da due e più figli	3	
Carichi penali	Assenza di provvedimenti di restrizione della libertà di membri del nucleo	0	Pena in esecuzione domiciliare	1,5	Pena in esecuzione carceraria	3	
Valutazione rete di supporto informale	sufficiente	0	parzialmente sufficiente o con tenuta precaria	7.5	insufficiente	15	
					Totale punteggio VALUTAZIONE SOCIALE		

NOTE AGGIUNTIVE VALUTAZIONE

_____

_____

_____

_____

_____

LUOGO E DATA **L'ASSISTENTE SOCIALE**

_____ _____

ALLEGATO B
PROGETTO INDIVIDUALIZZATO
(a cura dell'Assistente Sociale)

⇒ **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**

❖ *IMPEGNO ATTUALE DEI CAREGIVER FAMILIARE*(indicare per primo il Caregiver principale)

Nominativo	Grado di parentela	Residenza

❖ *SERVIZI/INTERVENTI ATTIVI(RETE FORMALE)*

◯ SAD Comunale (ore settimanali n…….)
◯ ADI (ASST)
◯ SERVIZI DI SOLLIEVO
◯ RSA APERTA
◯ SOSTEGNO ABITATIVO
◯ TRASPORTO
◯ PASTI A DOMICILIO
◯ SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI
◯ ASSISTENZA ECONOMICA
◯ DOPO DI NOI
◯ Altro ……

Eventuali note aggiuntive (es: servizi informali attivi):……

……

……

⇒ **SINTESI BISOGNI RILEVATI**

……

……

……

⇒ **OBIETTIVI DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO** (realizzabili e/o percorribili intermini di qualità di vita della persona disabile/anziana non autosufficiente e del suo nucleo familiare)

……

……

……

……

⇒ **MODALITÀ DI REALIZZAZIONE**

……

……

……

……

⇒ **SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO**

Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data .....

Il Beneficiario (se in grado) .....
Il Caregiver Familiare .....
Assistente Sociale .....
Referente dell'Ambito ……
Referente dell'ASST (eventuale) ……