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

AL COMUNE DI _____

RICHIESTA VOUCHER SOCIALE ASSISTENZA EDUCATIVA CRE/MINICRE 2019

Il/La sottoscritto/a

Cognome_____Nome_____

Nato/a a_____il_____residente a_____

in Via _____CAP_____Provincia_____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail_____

in qualità di GENITORE ☐ o TUTORE ☐ del seguente minore in condizioni di disabilità, iscritto presso uno dei CRE (Centri Ricreativi Estivi) – mini CRE diurni REGOLARMENTE autorizzati, in esercizio nel periodo estivo anno 2019 sul territorio:

DATI MINORE

Cognome_____Nome_____

Nato/a a_____ il _____ Età _____

cod. fisc. _____

RICHIEDE

di poter usufruire, *ai sensi della Misura B2 della DGR 1253/2019 (FNA 2018)*, dell'erogazione di un **VOUCHER SOCIALE DI ASSISTENZA EDUCATIVA CRE/MINICRE**, al fine di poter per favorire la vita di relazione di mio/a figlio/a e promuovere il suo benessere psicofisico.

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;
- ❑ che è presente nel nucleo familiare un componente minorenne affetto da disabilità grave o non autosufficienza, la cui condizione sia documentata da certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 (*come da copia certificazione allegata*);
- ❑ che l'Attestazione del valore I.S.E.E. per prestazioni agevolate rivolte a minorenni risulta non superiore a € 30.000= (*come da copia attestazione allegata)*;
- ❑ oppure di presentare la Dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.) (*come da copia allegata)* dei redditi relativa al nucleo familiare come previsto dalla normativa I.S.E.E. per prestazioni agevolate rivolte a minorenni, in quanto non ancora in possesso dell'Attestazione ISEE che verrà inviata successivamente;
- ❑ che il/la proprio/a figlio/a risulta iscritto presso il seguente CRE/MINICRE *(come da copia iscrizione allegata)* regolarmente autorizzato per il periodo estivo 2019:

  Denominazione _____

  Ente Gestore _____ Comune _____

  Periodo di frequenza dal _____ al _____ per n° settimane _____
- ❑ di essere a conoscenza che il VOUCHER SOCIALE DI ASSISTENZA EDUCATIVA CRE/MINICRE verrà erogato in base alla spesa effettiva sostenuta dalla famiglia per l'acquisto di prestazioni di assistenza educativa presso soggetti erogatori, a favore del minore disabile inserito presso CRE o mini-CRE regolarmente in esercizio 2019;
- ❑ 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 impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione del Voucher Sociale;
- ❑ 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 Voucher 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

- Certificazione della gravità, così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n104/1992;
- Attestazione I.S.E.E. per prestazioni agevolate rivolte a minorenni (come previste dal DCPM 159/2013) *N.B. In ragione dei tempi previsti per il rilascio dell'attestazione I.S.E.E. la domanda può essere presentata con la sola D.S.U. ed integrata successivamente con la presentazione dell'attestazione I.S.E.E.*
- Ricevuta iscrizione del minore disabile presso CRE o mini-CRE regolarmente in esercizio nel periodo estivo 2019;
- Documentazione (fatture/ricevute) attestante la spesa effettiva sostenuta dalla famiglia per l'acquisto di prestazioni di assistenza educativa presso soggetti erogatori (da consegnare al termine del CRE e mini-CRE) a favore del minore disabile inserito;
- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Codice IBAN.

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)	1	□ E' in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto

D Responsabilità nell'uso di farmaci	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**

❖ *CAREGIVER FAMILIARE*

Nominativo	Grado di parentela	Prestazioni assicurate

❖ *SERVIZI/INTERVENTI ATTIVI (RETE FORMALE)*

◯ Assistenza Educativa Scolastica (ore sett.n. ____)
◯ SAD Comunale (ore settimanali n….....)
◯ ADI (ASST)
◯ Altro ……..
◯ Assistenza economica
◯ Sostegno abitativo
◯ Assistenza Privata

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

⇒ **SINTESI BISOGNI RILEVATI**

……
……
……

⇒ **OBIETTIVI DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO** (realizzabili in termini di qualità di vita e di benessere psico-fisico del minore disabile)

……
……
……
……

⇒ **MODALITÀ DI REALIZZAZIONE** (interventi da sostenere con il Voucher Sociale)

……
……
……
……

⇒ **SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO**

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

Luogo e data .....

Il Caregiver Familiare .....
Assistente Sociale .....
Referente dell'Ambito ……
Referente dell'ASST (eventuale) ……..

ALLEGATO C– VOUCHER SOCIALE (a cura dell'Assistente Sociale)

VOUCHER SOCIALE ASSISTENZA EDUCATIVA CRE 2018 – FNA 2017 (DGR 7856/2017)

A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE

DATI BENEFICIARIO

Cognome_____ Nome _____

Residente a _____Via _____ n. _____

ORE MESSE A DISPOSIZIONE DAL VOUCHER SOCIALE ASC SOLIDALIA

N. SETTIMANE	VALORE VOUCHER SETTIMANALE	TOTALE VOUCHER

Assistente Sociale

Data _____ _____

A CURA DEL RICHIEDENTE

Il richiedente:

- ⇒ **accetta il Profilo di Voucher Sociale assegnato**;
- ⇒ **dichiara di acquistare le prestazioni di assistenza educativa dal seguente soggetto erogatore** _____**;**
- ⇒ **si impegna a liquidare l'intero importo del Voucher assegnato al soggetto erogatore scelto;**
- ⇒ **si impegna a presentare la documentazione attestante la spesa effettiva sostenuta**.

Data _____ Firma _____