Servizi Sociali

Ambito Territoriale Valle Seriana Superiore e di Scalve

c/o Comune di Clusone

**Oggetto: Domanda di accesso ai sensi della DGR X/4249 del 30/10/2015 avente ad oggetto “Programma operativo regionale a favore di persone in dipendenza vitale e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze anno 2016”**

**Tipo di strumento richiesto:**

* Buono Sociale mensile per Caregiver famigliare
* Buono Sociale mensile per Assistente Personale in regola
* Buono sociale per progetto di vita indipendente
* Buono sociale per periodo di sollievo

**Dati beneficiario**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al 31/10/2016 in carico alla Misura B1 di cui alla DGR. 4249/2015: **.** sì no

**Informazioni sanitarie**

**Percentuale di invalidità:** \_\_\_\_\_\_\_\_

**Indennità di accompagnamento e/o frequenza:** sì no

**Certificazione handicap grave art. 3, commi 1 e 3, L. 104/92.:** sì no

**Protezione giuridica:**  Tutore Curatore Amministratore di sostegno

#### Nucleo famigliare convivente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parentela | Nome e cognome | Codice fiscale | Occupazione |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Care Giver:** Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assistente Personale:** Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**

**Valutazione sociale e multidimensionale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Scheda di valutazione | ADL | IADL |
|  /40 |  /30 |  /20 |

**Valutazione I.S.E.E.**

|  |
| --- |
|  /40 |

**Punteggio Totale**

|  |
| --- |
|  /130 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipologia dell’intervento** | **Tipologia e quantità della prestazione****(breve descrizione)** |
| Caregiver / assistente personale a contratto |  |
| Assistenza Domiciliare |  |
| ADI (infermieristiche/OSS educative) |  |
| Misure economiche già erogate da enti pubblici o privati (anno 2014) |  |

**Obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili**

🞏 favorire l’autonomia della persona, la vita di relazione e la permanenza nel proprio ambiente famigliare;

🞏 tutelare la salute psico-fisica sia in senso preventivo che di recupero e mantenimento delle residue capacità funzionali;

🞏 limitare l'allontanamento dall'ambiente famigliare e sociale, riducendo così il ricorso al ricovero in strutture residenziali;

🞏 favorire la responsabilizzazione dei famigliari e della comunità attraverso varie forme di sensibilizzazione e coinvolgimento;

🞏 prevenire e contrastare i processi di emarginazione sociale e le condizioni di isolamento, di solitudine, di bisogno, e migliorare la qualità della vita in generale;

🞏 curare e assistere pazienti in condizioni di salute tali che siano trattabili a domicilio, migliorando la qualità di vita degli stessi;

🞏 sostenere le capacità di auto - cura dell’individuo e della famiglia, trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento;

🞏 supportare il caregiver al domicilio;

🞏 fornire opportunità di sollievo ai famigliari;

🞏 altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione è resa:

allegando fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;

dinnanzi al funzionario sotto indicato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Informativa ai sensi dell’art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali.

Si informa la S.V. che i dati personali sopra riportati sono utilizzati dal Comune per la concessione della prestazione sociale richiesta e sono utilizzati con modalità e procedure strettamente necessarie allo scopo. Il conferimento dei dati è necessario ai fini dell’ottenimento della prestazione sociale richiesta e un eventuale rifiuto da parte della S.V. impedisce al Comune di dar seguito alla presente richiesta.

Il trattamento è realizzato secondo le prescrizioni stabilite dal decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, con l’ausilio di strumenti informatici ed è svolto da personale comunale. La S.V. ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati e come vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al trattamento. Si informa, altresì, che i suoi dati possono essere comunicati ai soggetti individuati nel regolamento dei dati sensibili e giudiziari, approvato dal Consiglio comunale con deliberazione n. 75/12 del 27/03/2006 e ad eventuali altri soggetti, qualora ciò sia prescritto da ulteriori disposizioni normative. Titolare del trattamento è la Dott.ssa Barbara Battaglia

*Responsabile del procedimento* è la Responsabile dell’Ambito Territoriale n. 9, Dott.ssa Barbara Battaglia.

Mail: ambito@comune.clusone.bg.it, Tel: 0346/89605.

Dei dati forniti possono venire a conoscenza i soggetti preposti alla pratica, in qualità di incaricati del trattamento.

**Allegati:**

* Carta d’identità e codice fiscale del beneficiario e del suo rappresentante legale (se nominato) in corso di validità;
* Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
* Verbale di invalidità - Documentazione diagnostica clinica
* Contratto di lavoro Assistente Personale (solo per il buono all’Assistente personale e buono per progetti di vita indipendente)
* Preventivo di spesa (solo per il contributo per il sollievo)
* Scheda ADL, scheda IADL, scheda di valutazione sociale
* **SOLO PER LA MISURA “*Buono Sociale a sostegno dei Progetti Di Vita Indipendente*”** **Allegato A**
* **SOLO PER LA MISURA “*Buono Sociale per Caregiver familiare”*** dichiarazione sostitutiva di certificazione sul ruolo del caregiver (Allegato B)
* Documentazione che attesti gli estremi del conto corrente bancario del beneficiario (CODICE IBAN). Il beneficiario deve risultare nell’intestazione del conto corrente.

Non saranno accettati estremi di conti correnti/libretti postali. Per chi fosse impossibilitato al ritiro presso la Tesoreria del Comune di Clusone e non avesse C.C. Bancario, si allega (Allegato C) modulo di delega per l’accredito del valore del Buono.

 Luogo e data Il dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Allegato A**

**BUONO SOCIALE A SOSTEGNO DEI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE**

**Caratteristiche qualificanti i progetti di vita indipendente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Durata del progetto**

**Tempi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fasi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Monte ore settimanali impiego Assistente Familiare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede (specificare il luogo dell’intervento): \_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personale coinvolto**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Qualifica | Monte ore totale previsto | Costo orario(IVA inclusa) | Costo totale preventivato |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### Ente erogatore del servizio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Costo totale dell’intervento comprensivo di IVA (solo per Buono Sociale per Periodo di Sollievo):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Luogo e data Il richiedente L’Assistente Sociale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Allegato B**

**Spett.li**

**Servizi Sociali d’Ambito Via Somvico, 02 Clusone BG**

Dichiarazioni Sostitutive di Certificazione

(art. 46 D.P.R. 445 dei 28.12.2000)

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# D I C H I A R A

Come specificato nel **“Bando per l’erogazione di Buoni Sociali in favore di persone con disabilità Grave in condizione di non autosufficienza FNA – anno 2017” – Buono Sociale per Caregiver Famigliare -** di essere in possesso dei seguenti requisiti:

* Di essere familiare/parente/altro del beneficiario; specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere occupato nell’Assistenza giornaliera del Beneficiario in maniera strutturata e continuativa;

Di essere:

* Disoccupato
* Essere Casalinga/o
* Cassaintegrato a ore
* Lavoratore part-time
* In mobilità
* Studente universitario

Di

* Non essere in possesso di invalidità
* Di essere in possesso di invalidità non superiore al 74%

nello specifico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % (indicare la percentuale di invalidità riconosciuta)

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dei Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 dei succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione dei provvedimento amministrativo ai sensi dell’art. 10 della L. 675/96.

Luogo e data Firma leggibile del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato C**

**Spett.li**

**Servizi Sociali d’Ambito Via Somvico, 02 Clusone BG**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELEGA**

il/la Sig./Sig.a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ad agire per mio conto per il ritiro del Buono Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella seguente modalità:

Bonifico su C.C.Bancario IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ritiro presso La Tesoreria del Comune di Clusone – BANCA DI CREDITO VALTELLINESE – FILIALE DI CLUSONE – Via Marconi n. 31.

Luogo e data Firma leggibile del delegante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di un documento di riconoscimento del beneficiario del buono.