

COMUNE DI _____

DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE "A"

Legge 162/98

Al Sig. Sindaco

Oggetto: Legge 21.05.1998 n.162. Progetti di intervento e di aiuto personale a favore dei disabili in condizione di particolare gravità.

Il sottoscritto _____ nato a _____

residente a _____ in Via _____ tel _____

CHIEDE per _____

di essere ammesso al beneficio previsto dalla legge in oggetto, nei termini e alle condizioni stabilite con la deliberazione della Giunta regionale.

INTERVENTO RICHIESTO

- Sostegno familiare e alla persona attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore, ivi comprese giornate festive e prefestive;
- Aiuto alla persona gestito in forma indiretta, mediante un piano personalizzato, con verifica delle prestazioni e della loro efficacia;
- Rimborso parziale delle spese documentate di assistenza, nell'ambito di programmi previamente concordati con gli enti locali competenti, finalizzati alla copertura di servizi di aiuto ed assistenza non continuativi ed autogestiti.

DICHIARA

1. di essere portatore di handicap in situazione di gravità, come individuato dall'art.3, comma 3, della legge 104/92 e accertato dalla Commissione istituita ai sensi dell'art.4 della medesima legge;
2. di essere a conoscenza e di accettare il piano di intervento predisposto in suo favore;
3. di impegnarsi, nel caso di prestazioni rese in forma indiretta o autogestita a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, con stipula di apposita polizza assicurativa RCT, in favore degli stessi, sollevando il Comune da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;
4. di essere utente del seguente servizio territoriale dell'ASL: _____

ALLEGA

- a) Modello di autocertificazione, debitamente compilato, attestante la situazione reddituale e patrimoniale del nucleo familiare, così come previsto dalla vigente normativa (D:P:C.M. 07/05/1999, n.221 – D.P.C.M. 21/07/1999 riguardante il D.Lgs 31/03/1998, n. 109).
- b) Certificazione rilasciata dalla Commissione medica individuata dall'art. 4 della Legge n.104/92.

(data)

FIRMA

AUTOCERTIFICAZIONE

LA/IL SOTTOSCRITTA/O _____ NATA/O A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ COD. FISCALE _____

AI SENSI DELLE LEGGI 04/01/1968 N.15, 07/08/1990 N.241, 15/05/1997 N.127 E 16/06/1998 N.191, DEL D.P.R. 20/10/1998 N.403 NONCHÉ DELLE CIRCOLARI 02/02/1999 N.2 DEL MINISTERO DELL'INTERNO E 05/02/1999 N.1.1.26/10888/9.84 DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

DICHIARA

NEL PROPRIO INTERESSE, I SEGUENTI STATI, FATTI O QUALITÀ PERSONALI RIGUARDANTI IL BENEFICIARIO

LA SIG.RA/RE È _____ NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE AIN VIA/PIAZZA _____ N. _____ C.F. _____

B. CHE IL NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO È COSÌ COMPOSTO:

1. DICHIARANTE

2. NOME _____	LUOGO DI NASCITA _____	PARENTELA _____
COGNOME _____	DATA DI NASCITA _____	PROFESSIONE _____

3. NOME _____	LUOGO DI NASCITA _____	PARENTELA _____
COGNOME _____	DATA DI NASCITA _____	PROFESSIONE _____

4. NOME _____	LUOGO DI NASCITA _____	PARENTELA _____
COGNOME _____	DATA DI NASCITA _____	PROFESSIONE _____

5. NOME _____	LUOGO DI NASCITA _____	PARENTELA _____
COGNOME _____	DATA DI NASCITA _____	PROFESSIONE _____

6. NOME _____	LUOGO DI NASCITA _____	PARENTELA _____
COGNOME _____	DATA DI NASCITA _____	PROFESSIONE _____

7. NOME _____	LUOGO DI NASCITA _____	PARENTELA _____
COGNOME _____	DATA DI NASCITA _____	PROFESSIONE _____

Firma

FORMULA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

DICHIARO DI RENDERE IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N.196 DEL 30/06/2003

FIRMA

ELENCO COOPERATIVE ACCREDITATE

(barrare il quadratino corrispondente al fornitore prescelto e firmare)

 Consorzio di Cooperative Sociali "MILLENNIUM"Via Roma 6 - S.Elia Fiumerapido (Fr) – sede operativa Paliano (Fr)
Tel. 0775.570049 **Consorzio di Cooperative Sociali "AGAPE"**Via Caduti sul lavoro - Casagiove (Ce) – sede operativa Fiuggi (Fr)
Tel. 0775.549551 **Consorzio di Cooperative Sociali "PARSIFAL"**Viale Mazzini 25 - Frosinone
Tel. 0775.350337

-
- Emmaus

 Cooperativa Sociale "H-ANNO ZERO"Via Oderisi da Gubbio 266 - Roma – sede operativa Alatri (Fr)
Tel. 06.5565885 **Consorzio di Cooperative Sociali "VALCOMINO"**Via Madonna della Neve 7 - Frosinone
Tel. 0775.870454

-
- Auxilium
-
-
- Le Radici

ELENCO OPERATORI SINGOLI ACCREDITATI **Linucci Aurelio**Via Cerere Navicella, 18/D - Anagni (Fr)
0775.739038 **Renzini Maria Letizia**Via Cerere Navicella, 18/D - Anagni (Fr)
0775.739038

Data

Firma

SERVIZI E ATTORI COINVOLTI NELLA GESTIONE DELL'INTERVENTO

Specificare Servizio e operatore: (Servizio Sociale Comunale, ASL, Scuola, Coop.Sociali, Associazioni non profit, Familiari, Volontari/obiettori/amici ecc.)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....

OBIETTIVI:

.....
.....
.....
.....

TEMPI E DURATA DEGLI INTERVENTI

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Modalità di erogazione e gestione dell'intervento:

- Diretta
- Indiretta
- Autogestita

Servizio Sociale comunale

ASL

**PIANO DI INTERVENTO A FAVORE DI SOGGETTI DISABILI GRAVI
INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI**

SERVIZIO INVIANTE	TIPO DI SERVIZIO	PERIODO DELL'INTERVENTO	N° ORE SETTIMANALI	TOTALE ORE ANNUALI

INTERVENTI SANITARI

SERVIZIO INVIANTE	TIPO DI INTERVENTO	PERIODO DELL'INTERVENTO	N° ORE SETTIMANALI	TOTALE ORE ANNUALI

**SERVIZI INTEGRATIVI SOCIO-SANITARI
L. 162/98**

SERVIZIO INVIANTE	TIPO DI SERVIZIO	N° ORE SETTIMANALI	TOT. ORE ANNUALI DELL'INTERVENTO

ASSISTENTE SOCIALE DISTRETTUALE

.....

ASSISTENTE SOCIALE COMUNALE

.....

ASL

.....

FORNITORE

Durata dell'intervento _____

PRESTAZIONI	DURATA	Costo della prestazione	Costo complessivo	N. prestazioni	FREQ.SETT	TEMPI
Alzata di elevata complessità assistenziale (ANZIANO ALLETTATO COLLABORANTE)	50,00	14,50				
Alzata di elevata complessità assistenziale (ANZIANO ALLETTATO) Questa prestazione vede impiegati obbligatoriamente n° 2 operatori	40,00	11,60	23,20			
Alzata di media complessità assistenziale	40,00	11,60				
Alzata semplice	30,00	8,70				
Alzare, rifare letto, cura della persona	50,00	14,50				
Cura della persona						
• Igiene intima a letto	20,00	5,80				
• Igiene intima in bagno	15,00	4,35				
• Igiene dei capelli a letto	20,00	5,80				
• Igiene dei capelli in bagno	20,00	5,80				
• Igiene dei piedi	20,00	5,80				
Controllo assunzione dei farmaci	15,00	4,35				
Applicazione protesi-tutore-ortesi	15,00	4,35				
Bagno a letto Questa prestazione vede impiegati obbligatoriamente n° 2 operatori	50,00	14,50	29,00			
Bagno complesso in vasca o doccia Questa prestazione vede impiegati obbligatoriamente n° 2 operatori	40,00	11,60	23,20			
Bagno semplice	30,00	8,70				
Rimessa a letto di elevata complessità Questa prestazione vede impiegati obbligatoriamente n° 2 operatori	30,00	8,70	17,40			
Rimessa a letto di media complessità Questa prestazione vede impiegati obbligatoriamente n° 2 operatori	20,00	5,80	11,60			
Rimessa a letto semplice	30,00	8,70				
Preparazione pasti	40,00	11,60				
Aiuto assunzione pasto	30,00	8,70				
Igiene della casa						
• Igiene ambientale della casa QUESTA PRESTAZIONE VEDE IMPIEGATI OPERATORI DI 3° LIVELLO	60,00	16,30				
• Riordino straordinario armadio e cassetti	20,00	5,43				
• Lavaggio, piegatura e stiratura biancheria	50,00	13,55				
Accompagnamento						
Accompagnamento complesso lungo Questa prestazione vede impiegati obbligatoriamente n° 2 operatori	60,00	17,57	35,14			
Accompagnamento semplice lungo	45,00	13,05				
Sostegno socio familiare	60,00	17,57				
Sostegno socio familiare presso Centro Diurno: tale intervento viene concordato con i Servizi Sociali territoriali. Il costo è in funzione delle ore di inserimento nella Struttura e secondo le risorse territoriali individuate.						
Segretariato sociale						
• Commissioni lunghe	60,00	17,57				
• Commissioni brevi	30,00	8,70				
• Laboratori domiciliari	Sperimentale	Secondo progetto				

DISTRETTO SOCIOASSISTENZIALE A

COMUNE DI

DATA,.....

BUONO SERVIZIO (rif. PAI)Valido per il **fornitore/associazione**.....**DURATA:** DAL.....AL.....**Referente Servizio Sociale Distrettuale:**
presso Distretto A-Piazza Caduti di Nassirya- tel 0775/4478210-13**Referente Fornitore/ Associazione**..... .presso.....

Tel.....

UTENTECognomeNome.....nato ail.....
Residente a.....in via.....tel.....
Codice fiscale.....**Familiare di riferimento**

Cognome.....Nome.....

Recapito telefonico.....

Si autorizzano i seguenti interventi settimanali:

Giorno	Prestazione	Dalle ore - alle ore	operatore	Costo

Tot. Ore per tutta la durata del buono.....**Con le seguenti clausole**

- facoltà di risoluzione del contratto prima della scadenza di tale durata, con preavviso di almeno sette giorni lavorativi senza penalità mediante comunicazione scritta;
- facoltà per il cittadino utente di una possibile sostituzione con un altro buono nel caso in cui il servizio ritenga necessario modificare il progetto personalizzato con un altro progetto.

Servizio sociale

Utente

VERIFICA PROCESSI E RISULTATI

Data della verifica

Referente fornitore.....

Risorse istituzionali

RISULTATI RAGGIUNTI

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Eventuali modifiche al progetto

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Risorse non istituzionali

RISULTATI RAGGIUNTI

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Eventuali modifiche al progetto

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ASSISTENTE SOCIALE DISTRETTUALE

.....

FORNITORE

.....

ASL

.....