

ALLEGATO A)

Al Comune di _____
del Distretto Socio-Sanitario Formia-Gaeta

DOMANDA
PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI DI
SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
(L. R. 20 del 23.11.2006)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Telefono _____ Cell. _____
e-mail _____

ovvero in qualità di familiare/legale rappresentante (Responsabile del progetto)di:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____
rapporto di parentela _____
DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)

CHIEDE

la concessione del finanziamento per l'attivazione di programmi di aiuto gestiti in forma

- diretta
 indiretta

per un importo totale annuo pari a € 3.000,00, finalizzato ad interventi di sostegno e in favore di persona con handicap grave, art. 3 comma 3 L. 104/92, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio-sanitario Formia-Gaeta;
2. di essere o di presentare domanda per conto di portatore di handicap in situazione di particolare gravità, ex art. 3, comma 3, L. 104/92;

3. di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti personali formati nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idoneo contratto con Organizzazioni del Terzo Settore.
4. di impegnarsi a trasmettere, al servizio sociale del comune di residenza, la documentazione necessaria per l'avvio del progetto assistenziale entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro con assistente personale formato o contratto con organismi del terzo settore);
5. che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
6. di impegnarsi a trasmettere direttamente o mediante Organizzazioni del Terzo Settore, con cadenza trimestrale, al proprio servizio sociale, la rendicontazione delle spese sostenute per un totale annuo di € 3.000,00;
7. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela	Disabilità L.104/92

Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario ai sensi del D.C.P.M. 159/2013 in corso di validità;
- Piano Assistenziale Individualizzato redatto in collaborazione con il Servizio Sociale del Comune di residenza (All B);
- Scheda creditore accreditato contributo (All C);
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Certifico medico attestante le patologie da cui è affetto l'utente, compreso eventuale deficit intellettivo grave¹.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Comune di Formia, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma _____

¹ Solo nel caso in cui il deficit intellettivo grave non risulti esplicitamente dalla certificazione, rilasciata ai sensi della L. 104/92 dalla competente Commissione Medica

ALLEGATO B)

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI AI SENSI DELLA L.R. 20/2006

Comune di _____

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO DI

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Telefono _____ Cell. _____

Responsabile del Progetto _____

Grado di autonomia e descrizione analitica delle abilità psico-fisiche residue (*vedi nota esplicativa della scheda di valutazione*):

	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo sfinterico	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire e scendere le scale	0	5	10

A = dipendente

B = con aiuto

C = indipendente

Punteggio Totale _____ /100

- 0 – 20** DIPENDENZA TOTALE;
- 21 – 60** DIPENDENZA GRAVE;
- 61 – 90** DIPENDENZA MODERATA;
- 91 – 99** DIPENDENZA LIEVE;
- 100** COMPLETA AUTOSUFFICIENZA.

Condizione reddituale dell'utente e del nucleo familiare convivente:

Vedere modello ISEE allegato alla domanda € _____

Adeguatezza del supporto familiare e ambientale:

Altre informazioni (presenza di altri disabili certificati ai sensi della L.104, presenza di minori, ultra sessantacinquenni o altre informazioni ritenute utili alla valutazione del caso)

PROGETTO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

UTENTE : _____

Tenuto conto delle condizioni di vita dell'utente e considerati gli interventi già attivati in suo favore, così come descritto analiticamente nelle singole schede che accompagnano e integrano il presente progetto d'intervento, si formula la seguente proposta, fino alla concorrenza del budget previsto:

Obiettivi

generali: _____

specifici: _____

Azioni, Attività e Interventi da avviare

- Assistenza di base (aiuto e igiene della persona e aiuto nella cura e igiene delle cose personali, disbrigo pratiche, preparazione pasti);
- Socializzazione e integrazione (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento);

Servizi e Attori Coinvolti nella Gestione e Verifica dell'Intervento:

- Servizio Sociale Comunale: _____
- Servizio ASL : _____
- Cooperativa Sociale Convenzionata: _____
- Associazioni non profit: _____
- Altri organismi: _____
- Familiari: _____
- Volontari/Obiettori/Amici ecc.: _____

INTERVENTI GIA' IN ATTO**

INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI- EDUCATIVI

Utente: _____

Assistenza Economica Continuativa € _____
Straordinaria € _____

Assistenza Domiciliare Comunale Diretta n° ore sett.li _____

Assistenza Domiciliare Comunale Indiretta n° ore sett.li _____

Assistenza Scolastica educativa n° ore sett.li _____

Centro Diurno o Centro di riabilitazione ex art 26 L. 833/78 di: _____
giorni di frequenza: _____

Trasporto per attività sociali

Ricovero in Strutture Residenziali dal _____ al _____

Altri Interventi (specificare quali e la frequenza settimanale):

■ Operatori referenti o nominativo della struttura: _____

■ Servizi Coinvolti: _____

** Tutti gli interventi prevedono la predisposizione di specifici *progetti individualizzati e integrati* con i servizi di cui l'utente eventualmente già fruisce.

AMBITO SANITARIO
Interventi socio-sanitari

Utente : _____

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | |
| <input type="checkbox"/> Logopedia | n° ore sett.li _____ |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia | n° ore sett.li _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapia Familiare | n° ore sett.li _____ |
| <input type="checkbox"/> Controlli periodici | _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapia Farmacologica | |
| <input type="checkbox"/> Trasporto per attività sanitarie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Soggiorni terapeutici estivi | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> Altri interventi socio – sanitari | |

Operatori referenti o nominativo della struttura: _____

Servizi Coinvolti: _____

AMBITO SCOLASTICO

(da compilare solo nel caso in cui l'utente ad oggi risulti attivamente impegnato in tale attività)

- | | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia _____ | Classe _____ |
| <input type="checkbox"/> Scuola primaria _____ | Classe _____ |
| <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di Primo Grado _____ | Classe _____ |
| <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di Secondo Grado _____ | Classe _____ |
| <input type="checkbox"/> Università _____ | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

AMBITO FAMILIARE E CONTESTO AMBIENTALE
Rete familiare e sociale

Utente: _____

- **Presenza di familiare Care Giver**

NO

SI

Se SI, specificare mediamente per quante ore giornaliere risulta impegnato: _____

- **Presenza di Care Giver privato**

NO

SI

Se SI, specificare mediamente per quante ore a giornaliere risulta impegnato: _____

- **Interventi attivati dalla famiglia:**

Terapie private _____

Attività culturali _____

Attività ricreative _____

Attività sportive _____

Altro _____

- **Interventi attivati da Enti di Terzo Settore e/o Associazioni di Volontariato:**

Gite _____

Attività culturali _____

Attività sportive _____

Altro _____

Data _____

Firma Utente

Firma Responsabile del progetto

Firma Assistente sociale

Ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

Data _____

*Firma Utente o
Responsabile del progetto*

NOTA ESPLICATIVA DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE

Per una corretta compilazione della scheda – progetto, relativamente alla valutazione del grado di autonomia, secondo le indicazioni della Commissione Progetti L.20/2006, si precisa quanto segue:

DEFICIT INTELLETTIVO GRAVE

Il deficit intellettivo grave, ove non risulti esplicitamente dalla certificazione rilasciata ai sensi della L.104/92, per poter essere valutato, deve essere attestato da medico specialista, appartenente a struttura pubblica o accreditata, che accerti la capacità di comprensione e di espressione, la capacità di soluzione dei problemi della vita quotidiana, il rapporto con gli altri nonché la memoria. La valutazione dovrà essere riassunta in un giudizio sintetico di gravità.

Solo nel caso in cui sussistano evidenti e comprovate difficoltà oggettive a rivolgersi ad un medico specialista, il responsabile del procedimento o assistente sociale del comune di residenza può consentire che la predetta certificazione venga rilasciata dal medico di base dell'utente.

Il certificato da cui risulti il deficit intellettivo grave deve essere allegato alla domanda di ammissione al beneficio.

CARE GIVER

Familiare Care Giver: si intende colui/colei che dedica parte del suo tempo in via continuativa all'aiuto del familiare con ridotta o completa perdita dell'autonomia assicurando l'assistenza per le attività di vita quotidiana e per mantenere la vita di relazioni sociali.

Care Giver Privato: si intende una persona che sostituisce/affianca la famiglia d'origine e che risulti quotidianamente impegnata nelle attività di aiuto e di supporto alla persona in situazione di non autosufficienza.

**SCHEDA CREDITORE
PER ACCREDITO CONTRIBUTO**

BENEFICIARIO _____
 FAMILIARE o LEGALE RAPPRESENTANTE (Responsabile del progetto) _____

<input type="checkbox"/> NOME E COGNOME DEL BENEFICIARIO O FAMILIARE (DEPUTATO ALLA RISCOSSIONE DEL CONTRIBUTO) per assistenza domiciliare indiretta:																						
COGNOME:																						
INDIRIZZO:	N. CIVICO:																					
COMUNE DI RESIDENZA:	PROVINCIA :																					
CAP:																						
COMUNE DI NASCITA:																						
LUOGO E DATA DI NASCITA:																						
CODICE FISCALE:																						
RECAPITO TELEFONICO DEL BENEFICIARIO:																						
<input type="checkbox"/> ENTE-ORGANIZZAZIONE DEL TERZO SETTORE (DEPUTATO ALLA RISCOSSIONE DEL CONTRIBUTO) per assistenza domiciliare in diretta:																						
DENOMINAZIONE:																						
SEDE LEGALE:	INDIRIZZO:																					
CODICE FISCALE O P/IVA:																						
ESTREMI PER L'ACCREDITO DEL CONTRIBUTO TRIMESTRALE AL BENEFICIARIO o ALL'ENTE/ORGANIZZAZIONE DEL TERZO SETTORE																						
TITOLARE DEL C/C PER ACCREDITO CONTRIBUTO: <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> ENTE/ORGANISMO TERZO SETTORE</div>																						
ISTITUTO BANCARIO/POSTALE:																						
FILIALE:																						
IBAN di C/C: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						
N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA LEGGIBILE: - DOCUMENTO D'IDENTITA' e CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO O DEL LEGALE RAPPRESENTATE DELL'ENTE/ORGANISMO TERZO SETTORE - COORDINATE BANCARIE O POSTALI																						
DATA E FIRMA DEL BENEFICIARIO/FAMILIARE/LEGALE RAPPRESENTANTE:																						
DATA, FIRMA e TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE – ORGANISMO TERZO SETTORE deputato alla riscossione del contributo spettante al beneficiario:																						
N.B.: La mancanza di almeno uno dei dati e degli allegati richiesti, comporta l'impossibilità immediata di erogare il contributo.																						

LEGGE 20/2006 – SCHEDA DI VALUTAZIONE

UTENTE _____

COMUNE DI _____

LIVELLO DI AUTOSUFFICIENZA		
4 punti		Deficit intellettivo grave, che comporti un grave ritardo mentale contestuale a gravi difficoltà di apprendimento.
5 punti		Dipendenza totale
3 punti		Dipendenza grave
1 punto		Dipendenza moderata
0 punti		Dipendenza lieve
-1 punto		Completa autosufficienza

(MAX 9 PUNTI)

VALUTAZIONE DEL CONTESTO SOCIO-AMBIENTALE		
5 punti		Disabile che vive da solo in assenza di caregiver e in assenza di rete familiare
1,5 punti		Disabile che vive da solo con presenza di caregiver (non convivente)
1,5 punti		Presenza di unico familiare anche se non conviventi
1 punto		Disabile che vive all'interno del nucleo familiare
1 punto		Presenza di genitori
0,5 punti		Per ogni familiare convivente con disabilità certificata i sensi della legge 104/92
0,5 punti		Per ogni minore convivente
0,5 punti		Per ogni familiare convivente ultra sessantacinquenne diverso dai genitori

(MAX 5 PUNTI)

FRUIZIONE DI ALTRI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI PUBBLICI E/O CONVENZIONATI		
3 punti		Non fruisce di alcun servizio o frequenta un percorso di scolarizzazione
0,5 punti		Fruisce di servizio assistenza domiciliare fino a 4 ore
0 punti		Fruisce di servizio assistenza domiciliare da 4 a 7 ore
-1 punto		Fruisce di servizio assistenza domiciliare fino o superiore a 8 ore
-1,5 punti		Fruisce di Centro Diurno o di altri Servizi fino a 3 volte
-3 punti		Fruisce di Centro Diurno o di altri Servizi per più di 3 volte

(MAX 3 PUNTI)

INDICATORI I.S.E.E. (REDDITI)		
1 punto		Da € 0 a € 8.500,00
0,5 punti		Da € 8.500,01 a € 13.000,00
0 punti		Da 13.000,01 a € 18.000,00
-0,5 punti		Da 18.000,01 a € 23.000,00
-1 punto		Da 23.000,01 in poi

(MAX 1 PUNTI)

TOTALE PUNTI _____

IL PUNTEGGIO MASSIMO E' DI 18/18

U.V.M. Distrettuale PUA