

Al Comune di \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI FINALIZZATI A SOSTENERE LE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI DOMICILIARI GARANTITE DAL CAREGIVER FAMILIARE A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

**PERIODO 1 MAGGIO 2021 – 30 APRILE 2022**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Per sé stesso**

**Per conto di sig./sig.ra** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**di poter beneficiare del Buono Sociale mensile finalizzato a compensare i costi delle prestazioni assistenziali domiciliari garantite a persone non autosufficienti dal caregiver familiare per il periodo 1 maggio 2021 – 30 aprile 2022 (12 mensilità), come da Bando emesso da Civitas srl.**

**A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA CHE LA PERSONA PER LA QUALE VIENE PRESENTATA LA PRESENTE ISTANZA**

- È residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_;
- Che la composizione del nucleo familiare è la seguente:

Grado di parentela	Nome e cognome	Data di nascita	Professione

- È in condizioni di non autosufficienza, documentata secondo la normativa richiamata dal Bando;

- Che alle cure assistenziali domiciliari di cui necessita provvede:

Caregiver familiare: nome \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_;

- Che il valore ISEE socio-sanitario in corso di validità è pari a € \_\_\_\_\_;

- Di non usufruire delle seguenti prestazioni:

- Accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali;
- Misura B1;
- Contributi da risorse progetti di vita indipendente (PROVI) per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- Presa in carico con Misura RSA Aperta ex DGR 7760/2018;
- Bonus per Assistente Familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex Legge 15/2015.

e di essere informato che la fruizione di queste misure determina l'esclusione dal beneficio del presente bando anche in corso dell'annualità di validità del buono.

- Di essere a conoscenza che i Comuni e Civitas srl, ai sensi del D.P.R. 445/2000, potranno procedere 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 medesimo D.P.R., il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;

- Comunica i seguenti dati per l'accredito dell'eventuale beneficio economico derivante dal Bando

Conto Corrente n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

codice **IBAN** \_\_\_\_\_ **(obbligatorio)**

***Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati di cui sopra.***

Luogo e data

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La presente domanda equivale ad autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 per le attestazioni contenute. Si autorizza il trattamento dei dati personali ai soli fini del procedimento di assegnazione del beneficio richiesto.

Luogo e data

In fede

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

- Attestazione ISEE ai sensi del DPCM 159/2013 in corso di validità;
- Certificazione attestante la condizione di invalidità o di disabilità secondo la normativa vigente richiamata nel Bando;
- Copia carta identità del richiedente e del possibile beneficiario, se diversi;
- Consenso al trattamento dei dati sottoscritto dal richiedente;
- Progetto Individualizzato redatto dall'Assistente Sociale del Comune di residenza sottoscritto dal richiedente.

IL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_:

- HA VERIFICATO LA SUSSISTENZA DEI REQUISITI PER L'AMMISSIBILITA' DELLA DOMANDA;
- INFORMA CHE IL BENEFICIARIO USUFRUISCE ANCHE DEL SERVIZIO ADI;
- COMPILA E ALLEGA ALLA PRESENTE LE SCALE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE ADL E IADL;
- HA FATTO SOTTOSCRIVERE IL "CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI" E NE HA CONSEGNATO COPIA AL RICHIEDENTE;
- SI IMPEGNA ALLA STESURA DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO IN COLLABORAZIONE CON LA FAMIGLIA;
- HA FATTO SOTTOSCRIVERE LA LIBERATORIA QUALORA IL CONTO CORRENTE NON SIA INTESTATO AL POSSIBILE BENEFICIARIO.

Firma Assistente Sociale

-----

*Scheda rilevazione dell'autosufficienza – ADL*

<b>1) Lavarsi</b>	
<b>a</b>	Non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi)
<b>a</b>	Riceve aiuto nel lavarsi soltanto per una parte del corpo (come la schiena o le gambe)
<b>b</b>	Riceve aiuto nel lavarsi soltanto per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava)
<b>2) Vestirsi</b> (prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, compresi biancheria e vestiario e utilizza le chiusure)	
<b>a</b>	Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto
<b>a</b>	Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe
<b>b</b>	Riceve aiuto nel prendere i vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito
<b>3) Uso dei servizi</b>	
<b>a</b>	Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti (utilizzando anche presidi di sostegno come il bastone, il girello, o la sedia a rotelle e può gestirsi la padella per la notte o la comoda vuotandola al mattino)
<b>b</b>	Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per riassetarsi gli abiti
<b>b</b>	Non si reca ai servizi
<b>4) Trasferimento (mobilità)</b>	
<b>a</b>	Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, senza aiuto (può utilizzare presidi di sostegno – girello / bastone)
<b>b</b>	Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, con aiuto
<b>b</b>	Non esce dal letto
<b>5) Continenza</b>	
<b>a</b>	Ha completo autocontrollo sui movimenti
<b>b</b>	Ha occasionalmente degli incidenti
<b>b</b>	Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo; utilizza il catetere o è incontinente
<b>6) Alimentarsi</b>	
<b>a</b>	Si alimenta da solo senza aiuto
<b>a</b>	Si alimenta da solo, ma richiede aiuto solo per tagliare la carne o per imburrare il pane o simili
<b>b</b>	Riceve assistenza nell'alimentarsi o è alimentato, in parte, completamente con l'utilizzo di sonde o intravena

	<b>6a</b>	<b>5a</b>	<b>4a</b>	<b>3a</b>	<b>2a</b>	<b>1a</b>		Indice Totale
	-	<b>1b</b>	<b>2b</b>	<b>3b</b>	<b>4b</b>	<b>5b</b>	<b>6b</b>	

Indice ADL	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	
	Autosufficiente		Parzialmente Autosufficiente			Non autosufficiente		
Esito valutazione	<b>3 punti</b>		<b>6 punti</b>			<b>12 punti</b>		

**Nota:** Il livello di autosufficienza è determinato dalla somma finale delle lettere **a)** e **b)**

Scheda rilevazione dell'autonomia – IADL

<b>1) È capace di utilizzare il telefono?</b>		
<b>2</b>	Senza aiuto (compresa la ricerca e la formazione del numero)	
<b>1</b>	Con qualche aiuto (in caso di emergenza può rispondere e chiamare ma ha bisogno di un telefono speciale o di un aiuto per formulare il numero)	
<b>0</b>	È completamente incapace di usare il telefono	
<b>2) È in grado di uscire e di recarsi in luoghi non raggiungibili a piedi?</b>		
<b>2</b>	Senza aiuto (può viaggiare da solo prendendo i mezzi pubblici, il taxi, o guida la propria automobile)	
<b>1</b>	Con qualche aiuto (ha bisogno che qualcuno l'aiuti, o che qualcuno esca con lei)	
<b>0</b>	Non è assolutamente in grado di viaggiare se non su mezzi di emergenza quali ambulanza	
<b>3) È in grado nei negozi di fare la spesa o di comperare vestiario?</b>		
<b>2</b>	Senza aiuto (si cura di tutti gli acquisti di cui ha bisogno, facendo conto di non avere problemi di trasporto)	
<b>1</b>	Con qualche aiuto (ha bisogno che qualcuno si rechi con lei nel giro per negozi)	
<b>0</b>	Non è assolutamente in grado di fare alcun acquisto	
<b>4) È in grado di preparare i suoi pasti?</b>		
<b>2</b>	Senza aiuto (organizza e cucina i pasti per sé)	
<b>1</b>	Con qualche aiuto (può preparare alcune cose, ma non è in grado di cucinare pasti completi da solo)	
<b>0</b>	Non è assolutamente in grado di prepararsi alcun pasto	
<b>5) Può fare lavori di casa?</b>		
<b>2</b>	Senza aiuto (può pulire i pavimenti, ecc.)	
<b>1</b>	Con qualche aiuto (è in grado di tenere pulita la casa ma ha bisogno di aiuto per i lavori pesanti)	
<b>0</b>	Non è assolutamente in grado di fare alcunché in casa	
<b>6) È in grado di prendere le sue medicine da solo?</b>		
<b>2</b>	Senza aiuto (nelle dosi giuste ed al momento giusto)	
<b>1</b>	Con qualche aiuto (è in grado di prendere le medicine se qualcuno gliel prepara o gli ricorda di prenderle)	
<b>0</b>	Non è assolutamente in grado di prendere le sue medicine	
<b>7) Sa maneggiare denaro?</b>		
<b>2</b>	Senza aiuto (paga i conti, ecc.)	
<b>1</b>	Con qualche aiuto (gestisce le spese quotidianamente ma ha bisogno di aiuto per il libretto degli assegni o per pagare conti o fatture)	
<b>0</b>	Non è assolutamente in grado di maneggiare denaro	

<b>Funzioni</b>	<b>Punteggi</b>
Telefono	
Uscire di casa	
Fare la spesa	
Preparare i pasti	
Lavori di casa	
Prendere medicine	
Usare il denaro	
Indice IADL	

Classi aggregate dell'indice IADL		<b>Esito della valutazione</b>
0 – 6	Non autonomo	<b>14 punti</b>
7 – 11	Parzialmente autonomo	<b>7 punti</b>
12 - 14	Autonomo	<b>3.5 punti</b>

(da compilare nel caso in cui l'eventuale beneficiario e l'intestatario del conto corrente non coincidano)

**Conferma e Liberatoria**

Con la presente confermo e sollevo CIVITAS SRL da qualsiasi responsabilità relativamente ai dati forniti in sede di compilazione della domanda per il Buono Sociale Mensile a favore delle prestazioni assistenziali domiciliari anni 2020/2021:

**Autorizzo** la liquidazione del Buono Sociale a me spettante sul conto corrente bancario

intestato a \_\_\_\_\_

codice fiscale intestatario \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Cordiali saluti

FIRMA POSSIBILE BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_

Firma intestatario conto corrente

\_\_\_\_\_

Allegare documento di identità relativo all'intestatario del conto corrente