

Al Comune di _____

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI FINALIZZATI A SOSTENERE LE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI DOMICILIARI GARANTITE DA ASSISTENTE FAMILIARE FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI 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 da assistente 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

- E" in condizioni di non autosufficienza, documentata secondo la normativa richiamata dal Bando;
- Che alle cure assistenziali domiciliari di cui necessita provvede:

Assistente Familiare: nome _____
 categoria contratto _____
 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.

- È 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 del contratto di assunzione dell'assistente familiare/badante;
- Copia carta identità del richiedente e del 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

VALUTAZIONE FUNZIONALE

(da allegare alla domanda)

Scheda rilevazione dell'autosufficienza – ADL

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

	6a	5a	4a	3a	2a	1a		Indice Totale
	-	1b	2b	3b	4b	5b	6b	

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

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

Scheda rilevazione dell'autonomia – IADL

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

Funzioni	Punteggi
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		Esito della valutazione
0 – 6	Non autonomo	14 punti
7 – 11	Parzialmente autonomo	7 punti
12 - 14	Autonomo	3.5 punti

(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