

**PROGETTI DI UTILIZZO DEL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2017(DGR 7856/2017)
 MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE
 O NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITE A DOMICILIO**

ALLEGATO 2 - RICHIESTA BUONO SOCIALE PER ASSISTENTE FAMILIARE

La/Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

in qualità di diretto interessato

OVVERO

A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di:

- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

B) Nel caso la persona sia in stato d'impedimento temporaneo, in qualità di:

CONIUGE o in sua assenza FIGLIO o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) _____

C) Nel caso di minore:

- GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA (allegare istanza)
- GENITORE (in questo caso è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)

DATI PERSONA AFFETTA DA GRAVE DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTE

Codice fiscale	Cognome – Nome	Stato Civile
Data Nascita	Luogo Nascita	Provincia
Comune di Residenza	Indirizzo	n° telefono

RICHIESTE

di poter usufruire, ai sensi della *Misura B2 (DGR 7856/2017)*, dell'erogazione di un **BUONO SOCIALE PER ASSISTENTE FAMILIARE**, al fine di poter essere supportati nelle spese derivanti dalle prestazioni di personale di cura regolarmente assunto/retribuito, sia a tempo pieno che parziale, per l'assistenza ad un proprio congiunto affetto da grave disabilità o non autosufficiente.

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

di essere residente in uno dei 17 Comuni dell'Ambito Territoriale di Romano di Lombardia;

- in caso di cittadini stranieri extra ue: di essere in possesso del permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, come previsto dall'art. 41 del D.Lgs. 25 Luglio 1998 n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero";
 - la presenza all'interno del nucleo familiare di un componente affetto da grave disabilità o non autosufficienza assistito a domicilio, la cui condizione di non autosufficienza è documentata da certificazione invalidità al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (*come da certificazione allegata*);
 - che l'Attestazione del valore I.S.E.E. socio-sanitario risulta non superiore a € 22.000= nel caso di adulti e l'I.S.E.E. *minorenni* risulta non superiore a € 30.000= nel caso di minori - come previsto dal DCPM 159/2013 - (*come da copia allegata*);
 - di avvalersi delle prestazioni di assistenza e cura di un Assistente Familiare Privato per l'anno 2018, a partire dal _____ fino al _____, regolarmente assunto/retribuito (a tempo pieno oppure a tempo parziale: indicare quale delle due tipologie _____ per n° ore giornaliere _____) a carico della famiglia per l'acquisto di prestazioni socio-assistenziali private erogate a domicilio (*come da copia allegata del contratto*);
 - di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione del Buono Sociale;
 - di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà 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 D.P.R. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;
 - di richiedere l'accredito con **BONIFICO BANCARIO** (sollevando l'ASC Solidalia da qualsiasi responsabilità anche nei confronti di eventuali altri aventi diritto) sul Corrente Bancario (o Postale), che **deve essere intestato al beneficiario** - Codice IBAN (*allegare fotocopia*)
 - oppure, nel caso il beneficiario non disponesse di un Conto Corrente Bancario (o Postale), di richiedere l'accredito con **BONIFICO BANCARIO** (sollevando l'ASC Solidalia da qualsiasi responsabilità anche nei confronti di eventuali altri aventi diritto) sul Corrente Bancario (o Postale) - Codice IBAN (*vedi fotocopia allegata*) - intestato a
- Luogo e data di nascita Residente a
- grado di parentela Codice Fiscale

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del Buono Sociale;
- il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere al Buono Sociale;
- il trattamento è realizzato da personale dell'ASC Solidalia e dei Comuni anche con l'utilizzo di mezzi informatici.

- preso atto dell'informativa di cui sopra, ai sensi del D.lgs. 196/2003, di acconsentire al trattamento dei dati personali, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere, ovvero l'erogazione del Buono Sociale.
- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio, o in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare se ricorre questo caso)

Luogo e dataIl Dichiarante

**ALLEGATO A
VALUTAZIONE**
(a cura dell'Assistente Sociale)

A.D.L. (Index of Independence in Activities of Daily Living)		
	punteggio	
(AD 1) Fare il bagno	1	<input type="checkbox"/> Non riceve alcuna assistenza (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) <input type="checkbox"/> Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. la schiena od una gamba)
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo (o rimane non lavato)
(AD 2) Vestirsi	1	<input type="checkbox"/> Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza <input type="checkbox"/> Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito
(AD 3) Uso dei servizi	1	<input type="checkbox"/> Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda svuotandola al mattino)
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nell'andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell'usare la padella o la comoda <input type="checkbox"/> Non va ai servizi per i bisogni corporali
(AD 4) Spostarsi	1	<input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)
	0	<input type="checkbox"/> Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza <input type="checkbox"/> Non si alza dal letto
(AD 5) Continenza	1	<input type="checkbox"/> Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione
	0	<input type="checkbox"/> Ha occasionali "incidenti" <input type="checkbox"/> Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente
(AD 6) Alimentarsi	1	<input type="checkbox"/> Si alimenta da solo senza assistenza <input type="checkbox"/> Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane
	0	<input type="checkbox"/> Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa

	Totale punteggio A.D.L.
--	--------------------------------

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living)		
	Punteggio	
(I.A. 1) A Capacità di usare il telefono	1	<input type="checkbox"/> Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero <input type="checkbox"/> Compone solo alcuni numeri ben conosciuti <input type="checkbox"/> E' in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare
	0	<input type="checkbox"/> Non è capace di usare il telefono
(I.A. 2) B Movimento per acquisti nei negozi	1	<input type="checkbox"/> Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi
	0	<input type="checkbox"/> E' in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi <input type="checkbox"/> E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi
(I.A. 3) C Mezzi di	1	<input type="checkbox"/> Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto <input type="checkbox"/> Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici <input type="checkbox"/> Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno

trasporto	0	<input type="checkbox"/> Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l'assistenza di altri <input type="checkbox"/> Non si sposta per niente
(I.A. 4) D Responsabilità nell'uso di farmaci	1	<input type="checkbox"/> E' in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto
	0	<input type="checkbox"/> E' in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate <input type="checkbox"/> Non è in grado di assumere medicine da solo
(I.A. 5) E Capacità di gestire il danaro	1	<input type="checkbox"/> Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate) <input type="checkbox"/> Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.
	0	<input type="checkbox"/> E' incapace di maneggiare denaro
(I.A. 6) F Cucinare	1	<input type="checkbox"/> Si prepara e si serve i pasti da solo
	0	<input type="checkbox"/> Assume cibo inadeguato anche se preparato da solo o gli debbono essere forniti gli ingredienti
(I.A. 7) G Accudire la casa	1	<input type="checkbox"/> Fa lavori leggeri da solo anche se non mantiene la casa pulita o va aiutato ma fa tutti i lavori
	0	<input type="checkbox"/> Non fa alcun lavoro domestico
(I.A. 8) H Bucato	1	<input type="checkbox"/> Lava da solo tutto o solo la biancheria
	0	<input type="checkbox"/> Tutto il bucato è fatto da altri

Totale punteggio I.A.D.L.

VALUTAZIONE SOCIALE							PUNTEGGIO
CONDIZIONE ABITATIVA							
Situazione abitativa (ubicazione, servizi igienici, riscaldamento barriere architettoniche...)	Adeguate	0	parzialmente adeguata	2	Inadeguata	4	
Sostenibilità economica abitazione (locazione, mutuo...)	Sostenibile	0	Parzialmente sostenibile	1	Non sostenibile	2	
Precarietà abitativa (sfratto, pignoramento...)	Assente	0	Moderata	2	Severa	4	
CARICO ASSISTENZIALE							PUNTEGGIO
Disabilità o invalidità a carico di componenti del nucleo familiare	Nessun riconoscimento di invalidità	0	Riconoscimento di invalidità civile 100%	4	Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento	8	
Ulteriore carico assistenziale (altri componenti)	Assenza di minori e persone anziane con compromissione funzionale	0	Presenza di 1 membro anziano con compromissione funzionale o di 1 minore	2	Presenza di 2 e più membri minori o anziani con compromissione funzionale	4	
Stress del caregiver	Assenza di stress del caregiver	0	Stress moderato del caregiver	3	Stress elevato del caregiver	6	
Evento acuto a carico del care giver	Nessun evento a carico del care giver	0	Patologia certificata che compromette l'autonomia funzionale del care giver	3	Decesso o assenza del care giver	5	

Limitazioni della capacità di agire a carico di un componente del nucleo familiare	Assenza di limitazioni	0	Presenza di amministrazione di sostegno	1	Presenza di inabilitazione, interdizione	2	
CARICO SOCIALE							PUNTEGGIO
Dipendenze accertate a carico di un componente del nucleo familiare	Assenza di dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico	0	Presenza di dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico prese in carico da servizio specialistico	3	Presenza di dipendenza da sostanze, gioco d'azzardo patologico non prese in carico da servizio specialistico	6	
Patologia psichiatrica	Assenza di patologia psichiatrica	0	Presenza di patologia psichiatrica con situazione di buon compenso	3	Presenza di patologia psichiatrica non compensata con ricoveri frequenti	6	
Situazione di pregiudizio per minori	Assenza di situazione di pregiudizio per minori	0	Presenza di criticità nel rapporto genitoriale tale da comportare l'intervento di servizi psico-socio-educativi	3	Presenza di situazione di pregiudizio per minori	6	
Alta conflittualità/maltrattamenti accertati a carico di uno o più componenti del nucleo familiare	Assenza di problemi relazionali / agiti maltrattanti	0	Presenza di problemi relazionali severi	3	Presenza di agiti maltrattanti	6	
Nucleo monogenitoriale	Assenza di nucleo monogenitoriale	0	Nucleo familiare costituito da un solo genitore e da 1 figlio	2	Nucleo familiare costituito da un solo genitore e da due e più figli	3	
Carichi penali	Assenza di provvedimenti di restrizione della libertà di membri del nucleo	0	Pena in esecuzione domiciliare	1,5	Pena in esecuzione carceraria	3	
RETE DI SUPPORTO INFORMALE							PUNTEGGIO
Valutazione rete di supporto	sufficiente	0	parzialmente sufficiente o con tenuta precaria	7,5	insufficiente	15	

Totale punteggio VALUTAZIONE SOCIALE

--

LUOGO E DATA

L'ASSISTENTE SOCIALE

ALLEGATO B
PROGETTO INDIVIDUALIZZATO
(a cura dell'Assistente Sociale)

⇒ **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**

❖ **IMPEGNO ATTUALE DEI CAREGIVER FAMILIARE**(indicare per primo il Caregiver principale)

Nominativo	Grado di parentela	Residenza	Tempo giornaliero dedicato

❖ **SERVIZI/INTERVENTI ATTIVI(RETE FORMALE)**

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> SAD Comunale (ore settimanali n.....) | <input type="radio"/> PASTI A DOMICILIO |
| <input type="radio"/> ADI (ASST) | <input type="radio"/> SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI |
| <input type="radio"/> SERVIZI DI SOLLIEVO | <input type="radio"/> ASSISTENZA ECONOMICA |
| <input type="radio"/> RSA APERTA | <input type="radio"/> OPO DI NOI |
| <input type="radio"/> SOSTEGNO ABITATIVO | <input type="radio"/> ro |
| <input type="radio"/> TRASPORTO | |

Eventuali note aggiuntive (es: servizi informali attivi):.....

.....

⇒ **SINTESI BISOGNI RILEVATI**

.....

⇒ **OBIETTIVI DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO** (realizzabili e/o percorribili intermini di qualità di vita della persona disabile/anziana non autosufficiente e del suo nucleo familiare)

.....

⇒ **MODALITÀ DI REALIZZAZIONE**

.....

⇒ **SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO**

Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data

Il Beneficiario (se in grado)

Il Caregiver Familiare

Assistente Sociale