

Spazio riservato al protocollo

DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

(compilare solo se il beneficiario coincide con il sottoscrittore)

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Medico di Base _____ Esenzione Ticket _____ Stato Civile _____

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

IN QUALITÀ DI

diretto interessato Tutore / curatore / amministratore di sostegno

caregiver (indicare il rapporto di parentela con il beneficiario) _____

CHIEDE

di poter usufruire del seguente servizio/ contributo economico

- VOUCHER SOCIALE: SFA (v. allegato) SERVIZI PER LA DOMICILIARITÀ (v. allegato)
- CDD CSE TRR
- TELESOCCORSO SOLLIEVO RSA
- ALTRO (specificare) _____

a favore di _____

(Compilare solo se il beneficiario non coincide con il sottoscrittore)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente in via _____

Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Medico di Base _____ Esenzione Ticket _____ Stato Civile _____

Eventuale domicilio se diverso dalla residenza _____

SI IMPEGNA

- a collaborare con il Servizio sia nella fase di valutazione che di realizzazione di quanto richiesto
- al pagamento, dove previsto, delle quote per la fruizione del servizio
- a predisporre comunicazione formale in caso di interruzione del servizio/sospensione del progetto per motivazione specifica

Luogo e Data _____

Firma _____

ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI VOUCHER SOCIALE DOMICILIARITA'
BENEFICIARIO DEL VOUCHER _____

SERVIZI PER LA DOMICILIARITA':

A) Assistenza tutelare rivolta a soggetti fragili

- SAD di Ambito
- SAD Misura B2 per FNA*
 - Potenziamento degli interventi tutelari domiciliari a persone già in carico al SAD
 - Per sostegno alla vita di relazione di minori con disabilità, solo per progetti di natura socializzante (Non sono finanziabili i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto)

B) Interventi educativi

- di Ambito
- Misura B2 per FNA* Per sostegno alla vita di relazione di minori con disabilità (Non sono finanziabili i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto)

C) Consegna dei pasti a domicilio: fornitura pasto e consegna al domicilio dell'utente

- di Ambito
- Misura B2 per FNA* Per interventi complementari e/o integrativi a sostegno della domiciliarità

D) Interventi generici

- di Ambito
- Misura B2 per FNA* Per interventi complementari e/o integrativi a sostegno della domiciliarità (solo per lavanderia o stireria)

E) Accompagnamento e trasporto della persona

- di Ambito
- Misura B2 per FNA* Per interventi complementari e/o integrativi a sostegno della domiciliarità

F) Trasporto soggetti dializzati

- di Ambito
- Misura B2 per FNA* Per interventi complementari e/o integrativi a sostegno della domiciliarità

* In caso di richiesta di accesso alla misura B2 FNA si precisa che per l'anno 2017 il beneficiario deve essere in possesso di TUTTI i seguenti requisiti:

- vivere al domicilio;
- avere gravi limitazioni delle proprie capacità che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
- essere in condizione di gravità così come accertata dalla legge 104/1992 art. 3, comma 3 e/o in possesso di riconoscimento di indennità di accompagnamento
- con valore ISEE uguale o inferiore ad euro 22.000. Nel caso di progetti di vita indipendente il valore ISEE è uguale o inferiore a € 20.000. Nel caso di minori soglia ISEE uguale o inferiore ad euro 30.000.

Impegni del sottoscrittore:

- utilizzare il Voucher Sociale esclusivamente per acquistare prestazioni a sostegno della domiciliarità dai soggetti accreditati, erogate mediante l'intervento di operatori qualificati/titolati, in base al voucher concordato con il Servizio Sociale
- informare immediatamente il servizio sociale nel caso di ricovero presso strutture residenziali o nel caso di significativi cambiamenti rispetto alla situazione del beneficiario del voucher
- dichiarare che il beneficiario in possesso di certificazione ISEE in corso di validità paria a € _____ del beneficiario in vigore (*allegare copia Attestazione I.S.E.E. e DSU*)
- aggiornare la certificazione ISEE del beneficiario entro il 31 marzo di ogni anno in caso di prosecuzione del servizio

Luogo e data _____

Firma _____

Dati del sottoscrittore (se diverso dal beneficiario):

Cognome e nome _____

grado di parentela/ relazione con il beneficiario del voucher _____

comune di residenza _____