

Al Comune di _____

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI FINALIZZATI A
SOSTENERE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE DI PERSONE CON GRAVE E
GRAVISSIMA DISABILITA' FISICO-MOTORIA**

PERIODO 1 GENNAIO 2018 – 31 DICEMBRE 2018

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ prov. _____ il _____ cittadinanza _____
residente nel
Comune di _____
in Via _____ n° _____
Telefono _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

Per sé stesso

Per conto di _____

nato a _____ prov. _____ il _____ cittadinanza _____
residente nel Comune di _____
in Via _____ n° _____
Telefono _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

di poter beneficiare del Buono Sociale mensile finalizzato a sostenere Progetti di Vita Indipendente di persone con grave e gravissima disabilità fisico-motoria per il periodo 1 gennaio - 31 dicembre 2018, come da Bando emesso da Comunità Montana di Valle Trompia. 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 DESTINATARIA DEL BUONO

- 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 |
|--------------------|----------------|-----------------|-------------|
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- Non è ricoverata in struttura residenziale o semiresidenziale, salvo per i 90 giorni come da Bando;
- È in condizioni di disabilità fisico-motoria, documentata secondo la normativa richiamata dal Bando;
- Ha attivato/attivare un Progetto di Vita Indipendente, come da schema allegato alla presente domanda;
- Che il valore ISEE socio-sanitario in corso di validità è pari a € _____;
- Che è a conoscenza che sarà indispensabile presentare la documentazione relativa alle spese sostenute finanziabili dal Bando per accedere al Buono;
- Che è a conoscenza che i costi di cura coperti dal Buono non possono essere coperti da bandi o erogazioni assistenziali di altra natura;
- Che 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 **c/c** Bancario n° _____ intestato a _____
Codice Fiscale _____
Banca _____ Agenzia di _____
codice **IBAN** _____ **(obbligatorio)**

Il sottoscritto si impegna a comunicare immediatamente 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 socio-sanitario (ai sensi del DPCM 159/2013) in corso di validità;
- Certificazione attestante la condizione di disabilità secondo la normativa vigente richiamata nel Bando;
- Copia carta identità del richiedente e del beneficiario, se diversi;
- Copia del contratto di assunzione dell'assistente o del contratto con terzi per l'erogazione delle prestazioni dedicate al progetto;
- Schema del Progetto di Vita Indipendente con i relativi allegati;
- Consenso al trattamento dei dati 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 E LO ALLEGA ALLA PRESENTE.

Firma Assistente Sociale

VALUTAZIONE FUNZIONALE

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 gliele 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 |

