

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\*

- Per sostegno alla vita di relazione di minori con disabilità, solo per progetti di natura socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi...). 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 solo per progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi...). 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**

**D) Interventi generici**

**E) Accompagnamento e trasporto della persona**

**F) Trasporto soggetti dializzati**

\* In caso di richiesta di accesso alla misura B2 FNA si precisa che per l'anno 2018 il beneficiario deve essere in possesso di TUTTI i seguenti requisiti:

- vivere al domicilio;
- avere gravi limitazioni delle proprie capacità che compromettono significativamente la propria 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
- Nel caso di minori con valore ISEE minorenni uguale o inferiore ad euro 30.000.

Alla domanda deve essere allegato VERBALE DI INVALIDITA' O CERTIFICAZIONE DI RICONOSCIMENTO L. 104/1992

**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 \_\_\_\_\_