Allegato 7

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA ex DGR 7751/2022

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOLO VOUCHER

Il/la sottoscritto/a (cognome)_____ (nome) _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

via/piazza _____ Tel. _____

cell. _____ e-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

In qualità di:

□ DIRETTO INTERESSATO

□ FAMILIARE grado di parentela _____

□ TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

□ CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

□ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

di Nome e Cognome

□ MINORE CON GRAVE DISABILITÀ □ ANZIANO □ DISABILE GRAVE

_____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

via/piazza _____ Tel. _____

cell. _____ e-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

❑ voucher sociale minori/anziani-adulti

A tal fine, consapevole della propria responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che la persona per cui viene richiesto il contributo

❑ gode di una o più dei seguenti benefici:

- Misura B1 erogata dall'ATS per il 2023 in favore della disabilità gravissima;
- Interventi comunali finalizzati alla permanenza al domicilio (SAD/SADH/ADM/ADH/Pasti/Trasporti/Telesoccorso…) specificare quale _____
- ADI;

❑ frequenta Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie o sociali (RSA/RSD/CA/CSS) _____

- ❑ è parte di un nucleo familiare così composto:

Nome e Cognome	Parentela rispetto all'interessato	Età al momento della domanda	Percettore di reddito (si/no)

- ❑ di aver preso visione di quanto dichiarato all'art. 11 dell'Avviso e di autorizzare il trattamento dei propri dati da parte dell'Azienda Sociale Comasca e Lariana.

L'interessato o suo genitore/tutore/amministratore di sostegno

Data _____ Firma _____

PROGETTO INDIVIDUALE

(Da compilare a cura dell'Assistente Sociale)

DESCRIZIONE DEL BISOGNO RILEVATO, DELLA SITUAZIONE, DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DELLE PRINCIPALI PROBLEMATICHE EVIDENZIATE DALLA FAMIGLIA E/O CAREGIVER NELLA GESTIONE DELLA PERSONA:

PIANO INDIVIDUALE E OBIETTIVI REALIZZABILI IN TERMINI DI QUALITÀ DELLA VITA DELL'INTERESSATO E DELLA SUA FAMIGLIA:

PROPOSTA DI INTERVENTO:

TIPOLOGIA DI SERVIZIO: _____

INIZIO DEL PROGETTO: _____

FINE DEL PROGETTO: _____

MONTE ORE TOTALE PREVISTO: _____

EVENTUALI NOTE DELL'ASSISTENTE SOCIALE:

_____

L'Assistente Sociale

_____

Il/La sottoscritto/a _____,

- ACCETTA i contenuti del progetto proposto dall'Assistente sociale,
- SI IMPEGNA a comunicare eventuali variazioni della propria situazione,
- DICHIARA di conoscere la modalità di erogazione del servizio attraverso voucher,
- INDICA quale fornitore del servizio di cui sopra il seguente

ENTE ACCREDITATO con l'Azienda Sociale Comasca e Lariana: _____

L'interessato o suo genitore/tutore/amministratore di sostegno

Data _____ Firma _____