

# **DISTRETTO DI FIDENZA**

**MODIFICA REGOLAMENTO**

**ASSEGNI DI CURA DISABILI**

## **1. FINALITA' DELL'INTERVENTO**

L'assegno di cura è finalizzato a potenziare le opportunità di permanenza nel proprio contesto di vita dei cittadini disabili in situazione di gravità, riconoscendo un contributo economico a sostegno dell'accoglienza e del lavoro di cura svolto dalle famiglie o da altri care-givers al fine di evitare o posticipare il più a lungo possibile il ricorso ai servizi socio-riabilitativi residenziali.

L'assegno di cura, alternativo al ricovero in strutture residenziali, integra e non sostituisce l'accesso alle opportunità della rete dei servizi disponibili sul territorio ed è erogato a riconoscimento dell'impegno per attività socio-sanitarie richieste per il mantenimento al domicilio di persone che necessitano d'assistenza permanente, continuativa e globale nella sfera individuale e in quella di relazione ed è erogato attraverso la predisposizione di un progetto individualizzato di vita e di cure.

## **2. DESTINATARI DELL'INTERVENTO DI CONTRIBUZIONE**

I progetti personalizzati finalizzati al mantenimento al domicilio si rivolgono alle persone in situazione di handicap grave ai sensi della legge 104/92 punto 3 comma 3 e alle famiglie al cui interno vi sia un componente in situazione di handicap grave con totale dipendenza fisica, che si fanno carico direttamente, o avvalendosi anche della collaborazione di persone non appartenenti al nucleo familiare, di assicurare le prestazioni necessarie al mantenimento della persona disabile stessa nel proprio domicilio, in adesione ad un programma assistenziale personalizzato definito e concordato con i servizi territoriali competenti.

Possono essere destinatari dell'intervento di contribuzione i cittadini residenti nel territorio del Distretto di Fidenza specificatamente:

1. Il cittadino disabile, di età compresa, preferibilmente ma non esclusivamente, tra i 15 ed i 64 anni, non autosufficiente ma autonomo il quale, pur non essendo capace di svolgere da solo le normali attività quotidiane, è comunque capace di autodeterminare la propria esistenza e di costruire un proprio progetto di vita;
2. La famiglia del disabile stesso o altra famiglia che si rende disponibile ad accogliere nel proprio ambito la persona disabile rimasta sola;
3. Altri soggetti, anche non appartenenti al nucleo familiare, che avendo consolidati e verificabili rapporti di assistenza con la persona disabile, si rendono disponibili alla convivenza presso il domicilio del disabile ovvero ad ospitarlo presso il proprio domicilio, ovvero a garantire una presenza a casa del disabile in relazione alle sue necessità, così come definito nel programma assistenziale individualizzato
4. La famiglia nel cui nucleo è compreso un minore di anni 15 con grave disabilità, qualora sia riscontrata una grave carenza di risorse economiche familiari (ISEE compreso tra € 0,00 e € 9.000,00) e sussista almeno 1 di queste condizioni
  - il punteggio raggiunto nell'allegata scheda socio-anagrafica di rilevazione del bisogno per minori sia uguale o superiore a 700
  - il progetto di vita e di cura comprenda anche attività extra-scolastiche con spese almeno parzialmente a carico della famiglia

## **3. LIMITI DI REDDITO**

La fruizione dell'assegno di cura e di sostegno è subordinata ad una verifica della condizione economica del nucleo familiare del soggetto beneficiario, misurato attraverso l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

L'ISEE non dovrà superare la somma di € 34.000,00 annue (9.000,00 nel caso di minori disabili), fatte salve nuove e diverse disposizioni, che verranno integralmente recepite ad integrazione e modificazione del presente regolamento.

L'attestazione ISEE del nucleo familiare di riferimento è rilasciata da soggetti abilitati: CAFF ed Enti Pubblici.

L'attestazione ha validità dodici mesi.

Il termine di validità dell'attestazione ISEE è riportato nell'attestazione stessa: tale elemento va tenuto presente in caso di durata dell'assegno di durata inferiore ai dodici mesi, limitando la verifica per il rinnovo ai soli aspetti assistenziali.

L'attivazione e l'eventuale rinnovo sono subordinati alla presentazione della documentazione ISEE, salvo che la documentazione eventualmente già in atti sia ancora in corso di validità.

#### **4. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

Il nucleo familiare del soggetto beneficiario, ai fini della determinazione del reddito complessivo è costituito da tutti i soggetti conviventi, compreso il disabile senza eccezione alcuna.

#### **5. ENTITA' DEL CONTRIBUTO**

Il contributo giornaliero per handicap grave è fissato in € 10,33 ed in € 15,49 rispettivamente per la fascia n. 1 e n. 2. La fascia di contribuzione viene determinata e concessa in relazione all'intensità assistenziale ed al grado di utilizzo di altre risorse della rete dei servizi.

#### **6. DEFINIZIONE DEI CRITERI DI PRIORITA'**

In ottemperanza alle indicazioni regionali contenute nella Deliberazione di Giunta Regionale n. 1122/2002 , vengono individuati dei criteri di priorità che vengono "pesati" così come indicato nella "Scheda socio – anagrafica di rilevazione del bisogno (parte A)" allegata al presente regolamento per formarne parte integrante e sostanziale, al fine di definire un punteggio che costituisce l'indicatore valido ai fini della definizione di una graduatoria distrettuale.

Il punteggio raggiunto nella scheda sarà l'unico indicatore valido ai fini della graduatoria da stilare per l'assegnazione del contributo , stante il vincolo economico determinato dal budget annualmente a disposizione per questa tipologia di intervento. Per poter accedere al contributo è necessario che il punteggio riportato nella "Scheda socio – anagrafica di rilevazione del bisogno (parte A)" sia almeno pari o superiore a 400.

Le domande inserite in graduatoria ma non soddisfatte per indisponibilità di risorse continueranno a permanere in lista per l'intero anno solare di riferimento: scaduto l'anno solare le domande decadono.

#### **7. PERCORSO**

Il percorso per la concessione dell'assegno di cura e di sostegno si articola nel modo seguente:

- 1) Segnalazione, analisi e prima valutazione del bisogno;
- 2) Compilazione della scheda valutativa
- 3) Elaborazione della proposta di progetto assistenziale;
- 4) Convocazione Unità di Valutazione Multidimensionale e valutazione della proposta progettuale;
- 5) Individuazione delle priorità e definizione graduatoria;
- 6) Stipula del contratto;
- 7) Erogazione;
- 8) Durata del contratto e verifiche;
- 9) Rinnovo, sospensione e revoca.

### ***Segnalazione, analisi e prima valutazione del bisogno***

L'assistente sociale responsabile del caso accoglie la segnalazione, effettua la prima analisi della situazione, individua i bisogni. Informa l'utente sulle possibili risorse della rete e sulle condizioni previste per l'accesso all'assegno di cura, ivi compresi i limiti di reddito, imposta una prima ipotesi di progetto ed accerta il familiare/ care giver di riferimento. Verifica la corrispondenza alle caratteristiche e condizioni previste per l'accesso all'assegno di cura, sulla base del regolamento vigente.

### ***Compilazione della scheda valutativa***

La compilazione della scheda valutativa è effettuata, di norma, dall'Assistente sociale Responsabile del caso, in collaborazione anche con altri professionisti e/o servizi che abbiano conoscenza del caso.

### ***Elaborazione della proposta di progetto individualizzato di vita e di cure***

L'elaborazione della proposta di progetto individualizzato di vita e di cure è effettuata, di norma, dall'assistente sociale Responsabile del caso.

Il progetto individualizzato di vita e di cure dovrà esplicitare:

- Gli obiettivi;
- La qualità e la quantità di prestazioni necessarie ed i soggetti che devono garantirle;
- Gli ausili da assicurare;
- I risultati attesi;
- Gli indicatori di verifica di raggiungimento degli obiettivi ed i tempi di verifica.

### ***Convocazione Unità di Valutazione Multidimensionale***

Il Coordinatore dell'UVM convoca trimestralmente i componenti dell'equipe multiprofessionale al fine della valutazione delle domande e della validazione dei progetti individualizzati di vita e di cure, tenuto conto dei vincoli di budget.

### ***Individuazione delle priorità e definizione graduatoria***

L'UVM stilerà la graduatoria di priorità a seguito della valutazione delle proposte di progetto individualizzato di vita e di cure, tenuto conto dei vincoli di budget.

### ***Stipula del contratto***

Gli Uffici competenti individuati per la gestione degli Assegni di Cura e di sostegno per disabili gravi, ricevuto il progetto elaborato dall'equipe multiprofessionale (UVM) provvedono a formalizzare l'accordo con il disabile e/o la famiglia/ care giver e procedono alla stipula del contratto.

### ***Erogazione***

L'assegno di cura e di sostegno verrà erogato alla persona disabile o alla persona (care giver/familiare/amministratore di sostegno/tutore/operatore del servizio sociale) che l'Assistente sociale Responsabile del caso indicherà per la quietanza; l'erogazione avverrà a decorrere dal 1° giorno del mese successivo alla data di convocazione dell'UVM. Nel caso di decesso della persona disabile con il contratto in corso alla famiglia sarà erogata la somma corrispondente ai giorni trascorsi dalla seduta UVM in cui è stata compilata la graduatoria attinente ed il giorno del decesso compreso.

### ***Durata del contratto e verifiche***

Il contratto dura di norma 6 mesi dal 1° giorno del mese successivo alla data di convocazione dell'UVM che ha attivato il percorso. Periodicamente l'Ufficio competente verificherà il permanere delle condizioni sussistenti al momento della stipula del contratto stesso.

### ***Rinnovo, sospensione e revoca***

Alla scadenza del contratto, sulla base della verifica e della proposta dell'assistente sociale responsabile del caso, sarà aggiornata la valutazione multidimensionale e ridefinita la situazione, tenendo conto dei risultati ottenuti, anche in termini di sostegno e benessere del nucleo familiare ed eventualmente aggiornato il piano assistenziale individualizzato. E' prevista la possibilità del rinnovo dell'assegno di cura, compatibilmente con le risorse disponibili e i criteri definiti dal presente regolamento. Per le situazioni tendenzialmente stabilizzate i rinnovi, di norma, hanno validità sino e non oltre i 12 mesi. Trascorso tale periodo, è necessario rivalutare compiutamente la situazione e stabilire se esistano le condizioni per una nuova assegnazione, sulla base del progetto complessivo collegialmente definito. Le procedure del rinnovo assicurano il rispetto dei criteri di priorità e la corretta e tempestiva informazione dei destinatari.

Il contratto sarà sospeso in caso di inserimento temporaneo del disabile in struttura residenziale, limitatamente al periodo di tale inserimento. Non è invece prevista la sospensione in caso di ricovero ospedaliero di durata inferiore o pari a 60 giorni consecutivi. La sospensione decorre, in questo caso dal 61° giorno

Il contratto sarà revocato per inserimento stabile del disabile in struttura residenziale, inadempienza contrattuale da parte della famiglia e/o del care giver, superamento del limite ISEE e mancata presentazione della documentazione ISEE.

## **8. CONTENUTI DEL CONTRATTO**

Nel contratto devono essere indicati:

- il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire
- le attività assistenziali che la famiglia e/o i soggetti indicati al precedente punto 2 si impegnano ad assicurare;
- la durata dell'accordo, che di norma non potrà avere durata inferiore a 6 mesi, eventualmente rinnovabili sulla base di un progetto adeguatamente motivato;
- le modalità, gli strumenti ed i tempi della verifica;
- l'entità del contributo, i tempi e le modalità di erogazione dello stesso.

## **9. OBBLIGHI DEI SOGGETTI DESTINATARI**

I destinatari sono tenuti a:

- comunicare tempestivamente ogni modificazione significativa della situazione ed ogni variazione, anche derivante dalla mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito dichiarate al momento della presentazione della domanda;
- rispettare gli impegni assunti con l'accettazione del progetto assistenziale e del contratto.

I beneficiari le cui dichiarazioni risultino mendaci, oltre ad incorrere nelle sanzioni penali previste dalle leggi vigenti, sono tenuti alla restituzione delle somme indebitamente percepite.

## **10. EROGAZIONE**

L'Ufficio competente in tema di Assegni di cura provvede a:

- inoltrare periodicamente la documentazione completa, relativa al contratto, all'ufficio amministrativo preposto, che provvede alla liquidazione;
- comunicare al medesimo ogni variazione intervenuta.

L'Ufficio cui compete la liquidazione:

- procede all'eventuale adeguamento dell'importo dell'assegno di cura, nelle misure di legge;
- attiva le procedure di idonei controlli (art. 4 comma 7 del DL 31 Marzo 1998 n.109, così come modificato dal DL 3 Maggio 2000, n. 130), sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronta i dati reddituali e patrimoniali dichiarati dai soggetti ammessi alle prestazioni con i dati in possesso del sistema informativo dell'Agenzia delle Entrate;
- provvede ad ogni adempimento conseguente alla non veridicità dei dati dichiarati;
- può richiedere la documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine di correggere eventuali errori materiali;
- procede al recupero delle somme indebitamente percepite dal titolare del contratto per mancata tempestiva comunicazione di variazioni inerenti la posizione anagrafica e/o reddituale.

## **11. MODALITA' DI VERIFICA E CONTROLLO**

La verifica sull'attuazione del piano e la realizzazione temporale degli obiettivi viene effettuata, al domicilio, dal Responsabile del Caso, di norma con cadenza semestrale.

Il Responsabile del Caso verifica:

- a) che la persona disabile sia adeguatamente assistita;
- b) che siano rispettati il programma personalizzato predisposto e gli impegni assunti dalla famiglia;
- c) che la famiglia utilizzi tutti gli ausili ritenuti opportuni per la gestione delle attività quotidiane per la prevenzione e il mantenimento delle condizioni di salute ;
- d) che siano assolte le necessità del disabile in rapporto con l'ambiente esterno e sul piano relazionale.

Il Responsabile del caso invia la scheda di verifica, proponendo eventuale rinnovo all'UVM .

## **12. DEFINIZIONE E GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE**

Il Comitato di Distretto e l'Azienda USL definiscono in sede di approvazione del Piano Attuativo Annuale l'entità delle somme da destinare agli assegni di cura

## **13. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE**

Al fine di valorizzare e sostenere la "collaborazione" assistenziale della famiglia e/o dei soggetti indicati al precedente punto 2, il Servizio competente assicura una specifica attività informativa:

- sulla rete delle opportunità e sull'accesso ai servizi
- sulla disponibilità di ausili
- sulle possibilità di adattamento del domicilio alle esigenze funzionali del disabile.

Il Responsabile del caso è il costante riferimento per la famiglia nella gestione complessiva della persona disabile.

Il Responsabile del caso, nell'ambito delle sue funzioni, controlla l'attuazione del programma personalizzato d'assistenza e verifica l'espletamento degli impegni assunti dalla famiglia con i tempi e le modalità previste dal programma assistenziale e riferisce al Servizio competente che, in caso di gravi inadempienze da parte delle famiglie rispetto agli impegni assunti, può proporre la revoca del contributo.

## **SCHEDA**

### **SOCIO – ANAGRAFICA**

### **DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO**

(parte A)

**E**

### **PROGETTO INDIVIDUALIZZATO DI VITA E DI CURE PER EROGAZIONE ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO PER CITTADINI IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE**

(parte B)





## **PARTE A**

### **SCHEDA**

#### **SOCIO – ANAGRAFICA**

#### **DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO**

Cognome e nome:.....

Sesso: M F

Luogo di nascita:..... Data di nascita:.....

Stato:..... (per i nati all'estero)

Residenza:..... Provincia:.....

Via..... N°..... Telefono.....

Stato civile:

Celibe/nubile Separato/a Coniugato/a Divorziato/a Vedovo/a

Rete familiare:

.....  
.....  
.....  
.....

Scolarità:

anni di studio n°.....

Titolo di studio:

senza titolo di studio licenza elementare licenza di scuola media inferiore  
licenza di scuola media superiore laurea altro

Posizione nella professione:

Imprenditore o libero professionista Lavoratore in proprio o coadiuvante Dirigente o impiegato  
Lavoratore dipendente Casalinga Invalido Altro

Percentuale di invalidità .....%

Assegno di accompagnamento: si no

Riconoscimento handicap grave

Inoltrato domanda assegno di accompagnamento in data \_\_\_\_\_

ISEE nucleo \_\_\_\_\_

Segnalato da:

Familiari Servizio Sanitario Pubblico Medico di base  
Servizio Sociale Altri servizi Volontariato

Ha fatto richiesta di consulenza

al Centro per l' Adattamento dell' Ambiente Domestico? si no (adattamento domestico)

Ha ricevuto o è stata fatta richiesta di contributi

per l' Adattamento dell' Ambiente Domestico ?                      si            no            (adattamento domestico)

Familiare da contattare:

Sig. .... Residente a .....

Via ..... n° ..... telefono.....

Grado di parentela.....

Bisogno espresso dal segnalante: .....

Medico curante..... telefono.....

Richiesta di valutazione per attivare:

## ***SCHEDA 1) SITUAZIONE FAMILIARE E RETE PARENTALE:***

### **A) LA PERSONA DISABILE CHE VIVE SOLA E HA NELLA SUA RETE PARENTALE:**

250      nessuno

225      solo parenti indiretti

#### **Parenti diretti**

Solo Fratello/sorella

225      non autosufficiente/inabile

215      con persone a carico minori e/o non autosufficienti/inabili

220      in rapporto conflittuale

200      collaborante

Genitore/i             Figlio/i e/o nipote

210      non autosufficiente/inabile

195      con persone a carico non autosufficienti/inabili

180      con presenza di minorenni

180      con impegno lavorativo gravoso

185      in rapporto conflittuale

175      collaborante

Punto A scheda 1            **Tot.....**

**B) LA PERSONA DISABILE CHE VIVE IN COPPIA E HA NELLA SUA RETE PARENTALE:**

185 nessuno/coniuge invalido

175 solo parenti indiretti

**Parenti diretti**

Solo Fratello/sorella

175 non autosufficiente/inabile

165 con persone a carico non autosufficienti/inabili

170 in rapporto conflittuale

150 collaborante

Genitore/i       Figlio/i e/o nipote

160 non autosufficiente/inabile

145 con persone a carico minori e/o non autosufficienti/inabili

130 con presenza minorenni

130 con impegno lavorativo gravoso

135 in rapporto conflittuale

115 collaborante

Punto B scheda 1      **Tot.....**

**C) LA PERSONA DISABILE CHE VIVE CON FIGLI:**

200 non autosufficiente/inabile

150 con altre persone a carico non autosufficienti/inabili

130 con presenza di minorenni

130 con impegno lavorativo gravoso

135 in rapporto conflittuale

125 collaborante

**N.B.:** per ognuna delle tipologie (A B C), se esiste più di un figlio e/o nipote **va sottratto, una sola volta, il punteggio sottoindicato:**

- 75      2 o più figli

- 25      2 o più nipoti

• **LA PERSONA DISABILE CHE VIVE CON I GENITORI**

- 200 non autosufficiente/inabile
- 150 con altre persone a carico non autosufficienti/inabili
- 130 con presenza di minorenni
- 130 con impegno lavorativo gravoso
- 130 oltre i 65 anni
- 135 in rapporto conflittuale
- 125 collaborante
- 50 entrambi i genitori impegnati nella cura

Punto C scheda 1 **Tot**.....

..... **TOT. PUNTEGGIO SCHEDA 1** (MASSIMO PUNTEGGIO OTTENIBILE 250)

**Note alla scheda n. 1**

La scheda 1 descrive sinteticamente la situazione familiare e parentale della persona disabile facendo riferimento a 3 possibili casistiche: che vive solo, che vive in coppia, che vive con figlio/nipote diretto.

Individuare la tipologia corretta A, B ,C o D e assegnare i relativi punteggi.

Se la persona disabile ha più fratelli e/o sorelle fare riferimento a quello/a più vicino e più “significativo” per lui (da un punto di vista della relazione d’aiuto e dell’affettività).

Se la persona disabile ha più di un figlio e/o nipote diretto, fare riferimento a quello ritenuto più vicino e più “significativo” per le relazioni d’aiuto e d’affettività.

Solo parenti indiretti si intende.....

***SCHEDA 2) CONDIZIONE PSICO-FISICA***

**MEDICAZIONI**

- 30 Per presenza di lesioni da decubito che necessitano di intervento impegnativo da parte del medico o dell’infermiera (quotidianamente)
- 18 per presenza di catetere vescicale o di “altro” catetere o sondino o colostomia
- 6 per presenza di piccole lesioni da decubito (con medicazioni quotidiane) o da ulcere varicose, piccole ferite, arrossamenti della cute che necessitano di medicazioni
- 0 non necessarie.

**IGIENE**

(per questo item è necessario valutare le residue capacità prescindendo da ciò che coloro che assistono fanno di solito)

- 30 non è assolutamente in grado di curare la propria igiene

- 18 riesce a fare qualche manovra da solo (viso, mani) ma è indispensabile l'intervento di altra persona
- 6 fa da solo ma deve essere sollecitato e controllato da altra persona
- 0 autonomo

## **NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE**

- 30 necessità certificata di prestazioni mediche (quotidiane o più volte nel corso della settimana)
- 18 necessità di controlli specialistici periodici, richiesti dal medico curante)
- 6 non è necessaria la presenza del medico ma solamente la presenza dell'infermiera (per preparazione e somministrazione terapia)
- 0 il medico interviene saltuariamente a richiesta o con periodicità non settimanale

## **MOBILITA'**

- 30 completamente allettato, viene alzato di peso in quanto non in grado di reggersi sugli arti inferiori neanche per pochi secondi
- 18 viene alzato e aiutato a salire e scendere dal letto, necessita quasi costantemente di carrozzina o deambulatore per spostarsi
- 6 è in grado di muoversi da solo con l'ausilio di bastone, tripode o corrimano anche se deve essere aiutato in presenza di barriere architettoniche
- 0 autonomo

## **ABBIGLIAMENTO**

- 30 non è assolutamente in grado di fare da solo (in modo accettabile)
- 10 se è aiutato o stimolato è in grado di fare da solo
- 6 si veste da solo (eccetto che per bottoni, scarpe, allacciature particolari)
- 0 autonomo

## **ORGANI DI SENSO**

- 30 cecità bilaterale o sordità completa (gravissimo limite all'autonomia della persona)
- 18 cecità da un solo occhio (o grave riduzione della vista) o sordità parziale (si riesce a comunicare con il soggetto)
- 6 è portatore di occhiali (senza i quali non riuscirebbe ad essere autonomo) o protesi acustica
- 0 normali

## **ALIMENTAZIONE**

- 30 deve essere imboccato sempre/PEG
- 18 è in grado di fare da solo se il cibo è preparato a dovere, ma necessita della supervisione o dello stimolo costante di qualcuno
- 6 ha bisogno solamente della preparazione del cibo nel piatto
- 0 autonomo

## LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE

- 30 non si esprime (in modo comprensibile) e non capisce (per grave demenza, afasia o altro)
- 18 se gli si ordina qualche cosa di semplice la esegue ma non è in grado di esprimere autonomamente il proprio pensiero
- 6 riesce ad esprimersi anche se con linguaggio non appropriato
- 0 comprende e si esprime autonomamente

## INCONTINENZA

- 30 incontinente sia di feci che di urine
- 18 è continente di feci ma non di urine
- 6 è continente di feci e saltuariamente perde le urine (ad esempio di notte)
- 0 continente

## DISTURBI COMPORTAMENTALI

- 30 persona con frequenti atteggiamenti aggressivi o di molestia verso chi lo assiste o lo circonda
- 18 persona non aggressivo o non disturbante (da solo non riesce ad essere autonomo per disorientamento spazio temporale)
- 6 non riesce a superare la giornata senza l'appoggio relazionale di altre persone (dipendente dal punto di vista emotivo)
- 0 assenti

.....**TOT PUNTEGGIO SCHEDA 2** (MASSIMO PUNTEGGIO OTTENIBILE 300)

### Note alla scheda 2

La scheda 2 descrive sinteticamente.....

## ***SCHEDA 3) IMPEGNO ASSISTENZIALE***

### **A) LA PERSONA DISABILE CHE NECESSITA DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI:**

- 80 sorveglianza e controllo
- 60 accudimento completo della persona
- 40 aiuto nelle funzioni quotidiane
- 20 aiuto domestico

### **- da quanto tempo necessita della prestazione assistenziale indicata al punto precedente:**

- 60 10 anni e oltre

40	3-10 anni
30	1-3 anni
20	fino ad 1 anno

**B) IMPEGNO ASSISTENZIALE GIORNALIERO (1):**

60	più di 12 ore
45	da 8 a 12 ore
30	da 4 a 8 ore
10	fino a 4 ore

**C) ACCESSO A SERVIZI TERRITORIALI**

- 100	centro socio-riabilitativo diurno
- 100	centro socio-occupazionale diurno
- 30	accoglienza temporanea
- 20	SAAD o ADI
0	prestazioni educative territoriali
0	assistenza domiciliare socio-educativo
0	telesoccorso / teleassistenza
0	trasporti

.....**TOT PUNTEGGIO SCHEDA 3** (MASSIMO PUNTEGGIO OTTENIBILE 200)

**Note alla scheda 3**

La scheda n° 3 evidenzia l'impegno reale connesso all'assistenza della persona disabile.

Individuare e barrare in ciascun gruppo di risposte quella che rappresenta più realisticamente la situazione (una sola) e sommare i punteggi ottenuti.

**(1)** Indicare le attuali ore di assistenza (diurne e notturne) che complessivamente la famiglia, i servizi e altri eventuali soggetti dedicano alla persona disabile.

***SCHEDA 4) SITUAZIONE ABITATIVA***

0	di proprietà/ usufrutto/ affitto
15	in affitto con sfratto
0	senza barriere architettoniche
30	con barriere architettoniche



- 0 in centro abitato
- 30 casa isolata
  
- 0 con accesso agevole al bagno
- 45 con accesso difficoltoso al bagno

.....TOT

**120 con sfratto esecutivo (\*)**

**150 senza abitazione (\*)**

(\*)

specificare .....

.....

.....

.....

.....TOT PUNTEGGIO SCHEDA 4 (MASSIMO PUNTEGGIO OTTENIBILE 150)

***SCHEDA 5) SITUAZIONE ECONOMICA***

ISEE

- 200 da € 0 a € 3.000,00
- 150 da € 3.000,01 a € 8.000,00
- 100 da € 8.000,01 a € 15.000,00
- 0 da € 15.00,01 a € 34.000,00

..... TOT

.....TOT PUNTEGGIO SCHEDA 5 (MASSIMO PUNTEGGIO OTTENIBILE )

# RIEPILOGO PUNTEGGI ASSEGNATI E VALUTAZIONE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO SCHEDA N. 1 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 2 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 3 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 4 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 5 .....

**TOTALE PUNTEGGIO ASSEGNATO .....**

## **VALUTAZIONE:.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA \_\_\_\_\_

L'Assistente Sociale Responsabile del Caso

FIRMA



## **PARTE A 2**

### **SCHEDA**

# **SOCIO – ANAGRAFICA MINORI DISABILI DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO**

**Cognome e nome:**.....

**Sesso:** M F

**Luogo di nascita:**..... **Data di nascita:**.....

**Stato:**..... (per i nati all'estero)

**Residenza:**..... **Provincia:**.....

Via..... N°..... Telefono.....

**Scolarità:**

anni di studio n°.....

**Titolo di studio:**

senza titolo di studio                      licenza elementare                      licenza di scuola media inferiore

licenza di scuola media superiore                      laurea                      altro

Attualmente iscritto alla classe \_\_\_\_\_ del/della (grado di scuola e denominazione) \_\_\_\_\_ di (città) \_\_\_\_\_

Attualmente non frequenta nessuna scuola

Attualmente frequenta laboratorio socio-occupazionale/centro diurno socio-riabilitativo

Assegno di accompagnamento: si no                      Assegno di frequenza si no

Riconoscimento handicap grave si no

Inoltrato domanda assegno di accompagnamento in data \_\_\_\_\_

**ISEE nucleo** \_\_\_\_\_

Segnalato da:

Familiari                      Servizio Sanitario Pubblico                      Medico di base

Servizio Sociale                      Altri servizi                      Volontariato

Ha fatto richiesta di consulenza

al Centro per l' Adattamento dell' Ambiente Domestico? si no (adattamento domestico)

Ha ricevuto o è stata fatta richiesta di contributi

per l' Adattamento dell' Ambiente Domestico ? si no (adattamento domestico)

Familiare da contattare:

Sig. .... Residente a .....

Via ..... n°..... telefono.....

Grado di parentela.....

Bisogno espresso dal segnalante: .....

Medico curante..... telefono.....

## ***SCHEDA 1) SITUAZIONE FAMILIARE E RETE PARENTALE:***

Il nucleo familiare comprende

- 0 Entrambi i genitori o persone che ne fanno le veci
  - 100 1 solo genitore o persona che ne fa le veci
  - 1001 o più minorenni (oltre al minore per cui si richiede)
  - 200 1 o più persone con disabilità accertata (oltre al minore per cui si richiede)
  - 200 care - giver oltre i 65 anni
- Punto C scheda 1            **Tot.....**(al massimo 200 punti)

## ***SCHEDA 2) CONDIZIONE PSICO-FISICA***

(per questo item è necessario valutare le capacità tenendo come riferimento le capacità medie dei coetanei)

### **MEDICAZIONI/CURE**

- 30 necessità di intervento domiciliare infermieristico e/o medico quotidiano
- 30 Presenza di PEG
- 18 Cure fisioterapiche
- 18 per presenza di catetere vescicale o di “altro” catetere o sondino o colostomia
- 6 necessità di medicazioni quotidiane)
- 0 non necessarie.

### **IGIENE**

- 30 non è assolutamente in grado di curare la propria igiene
- 18 riesce a fare qualche manovra da solo (viso, mani) ma è indispensabile l'intervento di altra persona
- 6 fa da solo ma deve essere sollecitato e controllato da altra persona
- 0 adeguato all'età

### **NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE**

- 30 necessità certificata di prestazioni mediche (quotidiane o più volte nel corso della settimana)
- 18 necessità di controlli specialistici periodici, richiesti dal medico curante)
- 6 non è necessaria la presenza del medico ma solamente la presenza dell'infermiera (per preparazione e somministrazione terapia)
- 1 il medico interviene saltuariamente a richiesta o con periodicità non settimanale

## **MOBILITA'**

- 30 completamente allettato, viene alzato di peso in quanto non in grado di reggersi sugli arti inferiori neanche per pochi secondi
- 18 viene alzato e aiutato a salire e scendere dal letto, necessita quasi costantemente di carrozzina per spostarsi
- 6 perchè in grado di muoversi da solo con ausilii o controllo da parte di adulti
- 0 adeguato all'età

## **ABBIGLIAMENTO**

- 30 non è assolutamente in grado di fare da solo (in modo accettabile)
- 10 se è aiutato o stimolato è in grado di fare da solo
- 6 si veste da solo (eccetto che per bottoni, scarpe, allacciature particolari)
- 0 adeguato all'età

## **ORGANI DI SENSO**

- 30 cecità bilaterale o sordità completa (gravissimo limite all'autonomia della persona)
- 18 cecità da un solo occhio (o grave riduzione della vista) o sordità parziale (si riesce a comunicare con il soggetto)
- 6 è portatore di occhiali (senza i quali non riuscirebbe ad essere autonomo) o protesi acustica
- 1 normali

## **ALIMENTAZIONE**

- 30 deve essere imboccato sempre/PEG
- 18 perchè in grado di fare da solo se il cibo è preparato a dovere, ma necessita della supervisione o dello stimolo costante di qualcuno
- 6 ha bisogno solamente della preparazione del cibo nel piatto
- 0 adeguato all'età

## **LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE**

- 30 non si esprime (in modo comprensibile) ~~e non capisce (per grave demenza, afasia o altro)~~
- 18 se gli si ordina qualche cosa di semplice la esegue ma non è in grado di esprimere autonomamente il proprio pensiero
- 6 riesce ad esprimersi anche se con linguaggio non appropriato
- 0 adeguato all'età

## **INCONTINENZA**

- 30x incontinente sia di feci che di urine
- 18 è continente di feci ma non di urine
- 6 è continente di feci e saltuariamente perde le urine (ad esempio di notte)
- 0 continente adeguato all'età

## **DISTURBI COMPORTAMENTALI**

- 30 persona con frequenti atteggiamenti aggressivi o di molestia verso chi lo assiste o lo circonda
- 18x persona non aggressivo o non disturbante (da solo non riesce ad essere autonomo per disorientamento spazio temporale)
- 6 non riesce a superare la giornata senza l'appoggio relazionale di altre persone (dipendente dal punto di vista emotivo)
- 1 assenti

**TOT PUNTEGGIO SCHEDA 2 (MASSIMO PUNTEGGIO OTTENIBILE 300)**

## ***SCHEDA 3) IMPEGNO ASSISTENZIALE***

### **A) LA PERSONA DISABILE CHE NECESSITA DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI:**

- 80 sorveglianza e controllo
- 60 accudimento completo della persona
- 40 aiuto nelle funzioni quotidiane
- 20 aiuto domestico

### **- da quanto tempo necessita della prestazione assistenziale indicata al punto precedente:**

- 60 5anni e oltre
- 40 3-5 anni
- 30 1-3 anni
- 20 fino ad 1 anno

### **B) IMPEGNO ASSISTENZIALE GIORNALIERO (1):**

- 150 arco delle 24 ore
- 100 da 8 a 15 ore
- 30 da 4 a 8 ore
- 0 -adeguato all'età

### **C) ACCESSO A SERVIZI TERRITORIALI (a integrazione dell'inserimento scolastico)**

- 100 centro socio-riabilitativo diurno per cui è previsto il pagamento di pasto e/o trasporto
- 100 centro socio-occupazionale diurno o altra attività per cui è previsto il pagamento di pasto e/o trasporto
- 100 attività socio-educativa che prevede contribuzione economica da parte della famiglia
- 0 prestazioni educative territoriali

- 0 assistenza domiciliare socio-educativo
- 0 telesoccorso / teleassistenza
- 0 trasporti

**...390...TOT PUNTEGGIO SCHEDA 3 (MASSIMO PUNTEGGIO OTTENIBILE 2 300)**

**Note alla scheda 3**

La scheda n° 3 evidenzia l'impegno reale connesso all'assistenza della persona disabile.

Individuare e barrare in ciascun gruppo di risposte quella che rappresenta più realisticamente la situazione (una sola) e sommare i punteggi ottenuti.

**(1)** Indicare le attuali ore di assistenza (diurne e notturne) che complessivamente la famiglia, i servizi e altri eventuali soggetti dedicano alla persona disabile.

***SCHEDA 4) SITUAZIONE ABITATIVA***

- 0x di proprietà/ usufrutto/ affitto
- 15 in affitto con sfratto
  
- 0x senza barriere architettoniche
- 30 con barriere architettoniche
  
- 0x in centro abitato
- 30 casa isolata
  
- 0 con accesso agevole al bagno
- 45 con accesso difficoltoso al bagno

**...0...TOT**

**120 con sfratto esecutivo (\*)**

**150 senza abitazione (\*)**

(\*)

**specificare** .....

.....

.....

.....

**.....TOT PUNTEGGIO SCHEDA 4 (MASSIMO PUNTEGGIO OTTENIBILE 150)**

***SCHEDA 5) SITUAZIONE ECONOMICA***

ISEE

- 200x da € 0 a € 3.000,00
- 100 da € 3.000,01 a € 8.000,00



50 da € 8.000,01 a € 10.000,00

0 da 10.000,00 a 15.000,00

.....**TOT PUNTEGGIO SCHEDA 5** (MASSIMO PUNTEGGIO OTTENIBILE 200 )

# RIEPILOGO PUNTEGGI ASSEGNATI E VALUTAZIONE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO SCHEDA N. 1 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 2 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 3 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 4 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 5 .....

**TOTALE PUNTEGGIO ASSEGNATO .....**

## **VALUTAZIONE:.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA \_\_\_\_\_

L'Assistente Sociale Responsabile del Caso

FIRMA

**ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO A FAVORE DEL  
SIG./RA \_\_\_\_\_**

**DATI RELATIVI AL QUIETANZANTE  
DELL'ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO**

**COGNOME**

**NOME**

**LUOGO DI NASCITA**

**DATA DI NASCITA**

**RESIDENTE A**

**CAP**

**VIA E NUMERO CIVICO**

**DOMICILIATO IN**

**VIA E NUMERO CIVICO**

**N. TELEFONO**

**CODICE FISCALE**

**CONCESSIONE CONTRIBUTO CON RITIRO C/O TESORERIA: (BARRARE)      SI      NO**

**CONCESSIONE CONTRIBUTO CON ACCREDITO SU C/C BANCARIO: (BARRARE) SI      NO**

**DENOMINAZIONE BANCA**

**AGENZIA**

**CITTA'**

**NUMERO CONTO CORRENTE**

**ABI**

**CAB**

**CIN**

**IBAN**

**INVIO AL QUIETANZANTE DELL'AVVISO DI PAGAMENTO: (BARRARE)      SI      NO**

# RIEPILOGO PUNTEGGI ASSEGNATI E VALUTAZIONE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

PUNTEGGIO SCHEDA N. 1 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 2 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 3 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 4 .....

PUNTEGGIO SCHEDA N. 5 .....

**TOTALE PUNTEGGIO ASSEGNATO .....**

## **VALUTAZIONE:.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA \_\_\_\_\_

L'Assistente Sociale Responsabile del Caso

FIRMA

**ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO A FAVORE DEL  
SIG./RA\_\_\_\_\_**

**DATI RELATIVI AL QUIETANZANTE  
DELL'ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO**

**COGNOME**

**NOME**

**LUOGO DI NASCITA**

**DATA DI NASCITA**

**RESIDENTE A**

**CAP**

**VIA E NUMERO CIVICO**

**DOMICILIATO IN**

**VIA E NUMERO CIVICO**

**N. TELEFONO**

**CODICE FISCALE**

**CONCESSIONE CONTRIBUTO CON RITIRO C/O TESORERIA: (BARRARE) SI NO**

**CONCESSIONE CONTRIBUTO CON ACCREDITO SU C/C BANCARIO: (BARRARE) SI NO**

**DENOMINAZIONE BANCA**

**AGENZIA**

**CITTA'**

**NUMERO CONTO CORRENTE**

**ABI**

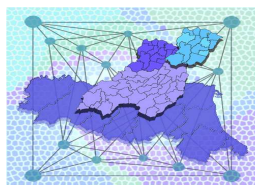
**CAB**

**CIN**

**IBAN**

**INVIO AL QUIETANZANTE DELL'AVVISO DI PAGAMENTO: (BARRARE) SI NO**

**Allegato n. 2**



## PARTE B

# PROGETTO INDIVIDUALIZZATO DI VITA E DI CURE PER EROGAZIONE ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO A FAVORE DI:

Cognome e nome:.....

Luogo di nascita:.....

Data di nascita:.....

Stato:..... (per i nati all'estero)

Residenza:.....

Provincia:.....

Via..... N°.....

Telefono.....

## **PROGETTO INDIVIDUALIZZATO DI VITA E DI CURE**

DESCRIZIONE PROGETTO:

OBIETTIVI:

AZIONI:

RISORSE COMUNI IMPIEGATE:

RISULTATI ATTESI:

TEMPI DI REALIZZAZIONE:

INDICATORI DI VERIFICA:

TEMPI DI VERIFICA:

DATA DI COMPILAZIONE:

**LUOGO E DATA,** \_\_\_\_\_

***I COMPONENTI U.V.M.***

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# **RELAZIONE DI MODIFICA DEL PROGETTO**

**RELAZIONE DI MODIFICA**

**MODIFICA DELLA SITUAZIONE**

**MODIFICA DEL PROGETTO**

**RIDEFINIZIONE OBIETTIVI**

**RISULTATI ATTESI**

**TEMPI**

**LUOGO E DATA,** \_\_\_\_\_

***I COMPONENTI U.V.M.***

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## **VERIFICA DEL PROGETTO**

**RELAZIONE DI VERIFICA**

**RISULTATI RAGGIUNTI**

**CONCLUSIONE DEL PROGETTO**

**LUOGO E DATA,** \_\_\_\_\_

***I COMPONENTI U.V.M.***

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Distretto di Fidenza  
Servizio Sociale

Fidenza,

**VERBALE U.V.M.  
PER ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO  
PER CITTADINI IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE**

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare nella seduta del giorno \_\_\_\_\_

ha esaminato le seguenti domande, con esito come di seguito riportato:

N. \_\_\_\_\_ DOMANDE COMPLESSIVAMENTE VALUTATE

N. \_\_\_\_\_ DOMANDE CON ESITO POSITIVO (VEDI ELENCO ALLEGATO)

N. \_\_\_\_\_ DOMANDE CON ESITO NEGATIVO (VEDI ELENCO ALLEGATO)

N. \_\_\_\_\_ DOMANDE DA RIVALUTARE (VEDI ELENCO ALLEGATO)

**Dettaglio delle domande accettate:**

COGNOME E NOME ASSEGNATARIO	FASCIA ASSEGNO DI CURA	CONTRIBUTO GIORNALIERO PREVISTO	PERIODO DI VALIDITA' DEL CONTRATTO DAL .....AL .....
--------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--

**I COMPONENTI UVM**


**DOMANDA DI CONCESSIONE DI ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO  
PER CITTADINI IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE**

ai sensi delle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 1122/2002

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A:**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

**per se stesso/a**

**per il familiare**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Rapporto con il disabile \_\_\_\_\_

## **LA CONCESSIONE DELL'ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO PER CITTADINI IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE**

A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara:

1. di aver preso visione del regolamento per la gestione degli assegni di cura e di sostegno per cittadini in situazione di handicap grave ;
2. che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare del soggetto beneficiario, calcolato secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 109 del 31 marzo 1998 e s.m.i., non risulta superiore al limite fissato per l'erogazione del contributo ( € 34.000,00 annui);

Allega:

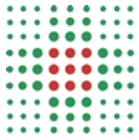
- Modulo di Liberatoria per il trattamento dei dati personali/sensibili (art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003)
- Attestazione ISEE del nucleo familiare della persona disabile destinataria delle cure
- Copia certificato di disabilità ai sensi della Legge 104/1992 ovvero copia domanda presentata per il riconoscimento della disabilità ai sensi della Legge 104/1992

LUOGO E DATA

---

IL RICHIEDENTE

---



## MODULO

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Liberatoria per il trattamento dei dati personali/sensibili  
(art. 13 del Decreto L.gvo 196 del 30 giugno 2003)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

## DICHIARA

- che le informazioni e la documentazione da me fornite relativamente all'attività istruttoria prevista per .....  
.....  
sono acquisite ed utilizzate per i fini istituzionali previsti dalla Legge e dai Regolamenti nel pieno rispetto del D.Lgs. 196/2003, sono veritiere e che, pertanto, il Servizio Sociale potrà predisporre controlli riguardo alle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. 445/00);
- che i dati personali/sensibili da me forniti sono trattati ai fini delle attività che mi riguardano e condivisibili con ogni altro soggetto a cui si renda necessario comunicarli per la completa istruttoria della pratica.

Prendo atto, infine, che il Responsabile dell'ufficio destinatario dei dati in oggetto è l'AUSL di Parma – Distretto di Fidenza, nella persona del Direttore di Distretto, e sono consapevole di poter esercitare, presso le competenti sedi, i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto Legislativo 196/2003.

Fidenza \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

Distretto di Fidenza  
Servizio Sociale

Fidenza,

AL/LA Sig./ra

---

OGGETTO: ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO DI CUI ALLA DIRETTIVA REGIONALE N. 1122 DEL 01.07.2002: CONVOCAZIONE PER STIPULA CONTRATTO.
---

In riferimento alla domanda da Lei inoltrata per ottenere l'assegno di cura e di sostegno in considerazione dell'assistenza prestata al/la Sig./ra \_\_\_\_\_ siamo a comunicarle che potrà beneficiare del contributo economico di cui sopra.

Per la sottoscrizione del contratto la S.V. è invitata a presentarsi presso gli uffici del SERVIZIO SOCIALE – Via Berenini 151, Fidenza (PR) – stanza n. 6,  
il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
consegnando il modulo debitamente compilato allegato alla presente lettera riguardante gli:

- 1. estremi identificativi dell'Istituto Bancario presso cui dovrà essere accreditato il contributo.**

Si precisa che l'Ufficio distrettuale competente dell'Azienda U.S.L. si riserva la facoltà di procedere in qualsiasi momento alla verifica dei dati reddituali dichiarati e che, nell'ipotesi di dichiarazioni mendaci, verrà immediatamente sospesa l'erogazione dell'assegno di cura con recupero delle somme indebitamente percepite e l'applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente.

La S.V. è pregata di presentarsi munita di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità.

Distinti saluti.

Il Responsabile del Servizio Sociale

Per ogni eventuale ulteriore chiarimento, si rivolga al seguente numero telefonico: 0524/515511 oppure .....

**ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO A FAVORE DEL  
SIG./RA \_\_\_\_\_**

**DATI RELATIVI AL QUIETANZANTE  
DELL'ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO**

**COGNOME**

**NOME**

**LUOGO DI NASCITA**

**DATA DI NASCITA**

**RESIDENTE A**

**CAP**

**VIA E NUMERO CIVICO**

**DOMICILIATO IN**

**VIA E NUMERO CIVICO**

**N. TELEFONO**

**CODICE FISCALE**

**CONCESSIONE CONTRIBUTO CON RITIRO C/O TESORERIA: (BARRARE) SI NO**

**CONCESSIONE CONTRIBUTO CON ACCREDITO SU C/C BANCARIO: (BARRARE) SI NO**

**DENOMINAZIONE BANCA**

**AGENZIA**

**CITTA'**

**NUMERO CONTO CORRENTE**

**ABI**

**CAB**

**CIN**

**IBAN**

**INVIO AL QUIETANZANTE DELL'AVVISO DI PAGAMENTO: (BARRARE) SI NO**

**CONTRATTO**

**PER L'EROGAZIONE DI ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO A FAVORE DI CITTADINO DISABILE**

Io sottoscritto.....

Nato a ..... il .....

Residente a..... Via .....

Domiciliato a..... Via.....

--  
Numero telefonico abitazione.....Ufficio.....Altri.....

C.F.:.....

**In qualità di (beneficiario/rapporto di parentela/ altro).....**

**DICHIARO**

- di essere a conoscenza dei contenuti della Deliberazione di Giunta Regionale n.1122 del 01/07/2002 ovvero della Deliberazione di Giunta Regionale n. 2068 del 18/10/2004;
- di essere a conoscenza della durata temporale del presente contratto;
- di essere a conoscenza che l'assegno di cura e di sostegno viene riconosciuto a condizione che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare del soggetto beneficiario, calcolato secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 109 del 31 marzo 1998 e s.m.i., non risulti superiore ad € 34.000,00 annui;
- di essere a conoscenza che la liquidazione dell'assegno di cura avrà cadenza trimestrale;
- di essere a conoscenza che verrà effettuata semestralmente, dall'Assistente Sociale del Comune di residenza o dal Responsabile del Caso diversamente individuato, una verifica a domicilio sugli impegni assistenziali assunti e sull'adeguatezza dell'assistenza;

**MI IMPEGNO**

- **Per me stesso/a**
- ovvero
- **a favore del/la**

Sig./ra..... Tel.....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... Via.....

Domiciliato a..... Via .....

C.F.:.....



1. **a perseguire gli obiettivi e ad assicurare le attività assistenziali previste dal progetto assistenziale individualizzato definito e concordato con la Commissione Distrettuale Disabili;**
2. a collaborare con l'Assistente Sociale del Comune di residenza o con il Responsabile del Caso se diversamente individuato per la verifica periodica del progetto assistenziale concordato;
3. ad accettare per l'attuazione del progetto assistenziale le seguenti condizioni:

FASCIA ASSEGNO DI CURA	CONTRIBUTO GIORNALIERO PREVISTO	PERIODO DI VALIDITA' DEL CONTRATTO	
		dal	al

3. a comunicare tempestivamente al referente del caso sig..... tel..... :
  - le variazioni che interverranno nella posizione reddituale del nucleo familiare della persona destinataria dell'assegno di cura e di sostegno;
  - l'eventuale trasferimento ad altro indirizzo della persona disabile, anche per brevi periodi;
  - l'eventuale ricovero definitivo della persona disabile in struttura residenziale;
  - l'eventuale ricovero temporaneo della persona disabile in struttura ospedaliera ;
  - l'eventuale data di decesso della persona disabile.

Luogo e data di sottoscrizione

\_\_\_\_\_

Il Responsabile Servizio Sociale  
Distretto di Fidenza

\_\_\_\_\_

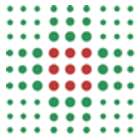
Il contraente

\_\_\_\_\_

Allegato n. 1 Progetto assistenziale individualizzato

Allegato n. 2 Attestazione ISEE del nucleo familiare della persona disabile destinataria delle cure

Allegato n. 3 Comunicazione estremi bancari e/o postali per accredito contributo



**Distretto di Fidenza**

**Servizio Sociale**

**PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO**

Il/La sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
a cui l'Unità di Valutazione Multidimensionale in data \_\_\_\_\_ ha riconosciuto il diritto  
a percepire l'assegno di cura e di sostegno per disabili per il periodo dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di fascia \_\_\_\_\_ corrispondente ad  
€ \_\_\_\_\_ giornaliera

**si impegna**

- Per se stesso/a
- ovvero
- a favore del/la
- 



Sig./ra..... Tel.....  
 Nato a ..... il .....  
 Residente a ..... Via.....  
 Domiciliato a..... Via .....  
 C.F.:.....

**a dare attuazione al seguente progetto:**

---



---



---



---

**Fidenza,**

**Per l'Unità di Valutazione Multidimensionale**  
\_\_\_\_\_

**Il Sig. / Sig.ra**  
\_\_\_\_\_

Distretto di Fidenza  
Servizio Sociale

Fidenza,

AL/LA Sig./ra

---

---

---

OGGETTO: DIRETTIVA REGIONALE N. 1122 DEL 01.07.2002 – RINNOVO ASSEGNO DI CURA E DI SOSTEGNO.

Con la presente **si riconferma, per il periodo dal .....** **al .....**,  
**l'erogazione del contributo economico** da Lei percepito per l'assistenza prestata al/la Sig./ra  
..... alle medesime condizioni definite nel contratto in  
precedenza sottoscritto e scaduto in data .....

Si precisa che l'Ufficio Distrettuale competente dell'Azienda U.S.L. si riserva la facoltà di procedere in qualsiasi momento alla verifica dei dati reddituali già dichiarati, e che, nell'ipotesi di dichiarazioni mendaci, sarà immediatamente sospesa l'erogazione dell'assegno di cura, con recupero delle somme indebitamente percepite e l'applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente.

Distinti saluti.

Il Responsabile del Servizio Sociale