

UFFICIO DI PIANO
Piano di Zona per i Servizi Sociali

Distretti di
Casalpusterlengo
Lodi
Sant'Angelo Lodigiano
Tel.: 0371 409332
Fax: 0371 409453
E-mail:ufficiodipiano@comune.lodi.it

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE
MIRATO AL SOSTEGNO DEL LAVORO DI CURA PRESTATO DA ASSISTENTI FAMILIARI
ANNO 2009
(da compilare in stampatello)

COMPILAZIONE A CURA DEL COMUNE DI RESIDENZA DELL'INTERESSATO/A

Protocollo n. _____

Data di ricevimento _____ Firma del ricevente _____

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
via _____ n. _____ CAP _____
codice fiscale n° _____
Tel. _____ Ulteriore recapito telefonico _____
Medico di Medicina Generale _____
Ambulatorio _____

CHIEDE

l'assegnazione del buono sociale mirato per sostenere le cure idonee ad assicurare la permanenza a domicilio

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del DPR del 28 dicembre 2000, n. 445 (Nota 1), per falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

- di essere stato riconosciuto/a invalido/a civile con grado di invalidità pari al 100% e/o con indennità di accompagnamento come da verbale n. _____ del _____ rilasciato dalla Commissione Sanitaria per l'accertamento degli stati di invalidità dell' ASL di _____ ;
- di avere un'attestazione ISEE individuale non superiore a **€ 10.000,00**;
- di avere regolarmente assunto la/il sig.ra/sig. _____ quale assistente familiare con il compito delle cure domiciliari, per n. _____ ore

settimanali

- di versare regolarmente le quote contributive alla citata assistente familiare come documentato dall'allegato contratto
- di impegnarsi a produrre periodicamente copia del documento comprovante il versamento degli oneri contributivi
- di non beneficiare di altri titoli sociali per l'anno in corso
- di accettare il piano assistenziale individuale formulato dal servizio sociale comunale
- di prendere atto che l'erogazione del beneficio in argomento decorrerà dal mese successivo alla avvenuta regolarizzazione del contratto di lavoro e non avrà validità antecedente il 1/1/2009
- di impegnarsi a far partecipare l'assistente familiare, a programmi di formazione e aggiornamento che saranno promossi organizzati dai servizi sociali territoriali

Autorizzo alla trattazione dei dati personali ai sensi del DPCM 196/04.

Data

Firma del richiedente (Nota 3)

Si allega:

- copia verbale attestazione Invalidità Civile
- copia attestazione ISEE (Nota 4)
- contratto di lavoro

(Nota 1)

Ai sensi del DPR n.445/00 art. 71, i Comuni potranno procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non corrispondenza di tali dichiarazioni (c. 3), a non prendere in considerazione la presente domanda.

(Nota 2)

Per i soggetti di età superiore ai 65 anni, il nucleo familiare di appartenenza può essere anche costituito dal solo richiedente e dal coniuge non legalmente separato.

(Nota 3)

In caso di assoluta impossibilità alla firma del richiedente la presente domanda può essere sottoscritta da un familiare specificando il grado di parentela.

(Nota 4)

Il Comune di residenza degli interessati garantisce ogni informazione circa la documentazione e fornisce ai richiedenti le indicazioni per l'acquisizione dell'attestazione ISEE da allegare alla presente domanda.

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE MIRATO
ANNO 2009 (COMPILAZIONE DA PARTE DELL'ASSISTENTE SOCIALE)**

Cognome	Nome
---------	------

Persona di riferimento:

Sig. _____ grado _____ di
parentela _____ Tel. _____

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE

Dimensione familiare (con chi vive, frequenza degli accessi da parenti
.....):

Informazioni relative alla persona assistita (aspetti di fragilità, relazione con
l'assistente familiare, età.....)

Attività assistenziale svolta dalla assistente familiare:

- nome e nazionalità _____
- ore settimanali _____
- giorni e orari _____
- convivente o non convivente (indicare eventuali convivenze anche di
figli) _____
- tipo di preparazione o titolo di studio _____
- giorni - orari liberi _____

- prestazioni erogate _____

Congruenza (valore di elevata, media, bassa) fra i bisogni e la soluzione assistenziale adottata dalla famiglia

Relazione con altri servizi

Ulteriori interventi economici a supporto della domiciliarità

*Intervento di supporto fornito mediante **l'ASA Tutor** (descrizione degli accessi domiciliari, della durata, delle motivazioni all'intervento)*

Assegnazione Punteggi

DESCRIZIONE INDICATORE		Punteggio
REDDITO (da attestazione ISEE)	Da € 0 a € 2.000,00	10
	Da € 2.001,00 a € 4.000,00	8
	Da € 4.001,00 a € 6.000,00	6
	Da € 6.001,00 a € 8.000,00	4
	Da € 8.001,00 a € 10.000,00	2
ORE DI ASSISTENZA SETTIMANALI REGOLARIZZATE (risultanti dal contratto di lavoro)	Da 25 ore a 30 ore	4
	Da 31 ore a 40 ore	6
	Da 41 ore a 50 ore	8
	Oltre 50 ore settimanali	10
INVALIDITA' RICONOSCIUTA (da Verbale della Commissione Inv. Civ.)	100%	10
	con accompagnamento	8
Condizione della assistente familiare	Convivente	10
	Non convivente	5
Congruenza fra bisogni e incarico conferito alla assistente familiare	Elevata	10
	Media	5
	Bassa	2

fino a 30 punti

€ 250,00 mensili

Da 31 punti in poi

€ 300,00 mensili

All'entità del Buono sopra definita dovranno essere aggiunti:

€ 50,00 mensili per intervento ASA Tutor

€ 50,00 mensili se impiegata una assistente familiare che ha partecipato o sta partecipando a corsi di formazione

PROPOSTA formulata sulla base dei punteggi assegnati:

Entità del Buono € _____

ASA Tutor € _____

Formazione € _____ TOTALE € _____

DECORRENZA dal _____ al _____

BUONO SOCIALE
MIRATO AL SOSTEGNO DEL LAVORO DI CURA PRESTATO DA ASSISTENTI FAMILIARI
ANNO 2009 - Verifiche

Titolare del Buono: Sig.ra/Sig. _____

Residente a _____

Durante la visita domiciliare/il colloquio di verifica, effettuato in data _____, emerge che:

- il sig. _____, ha ricevuto il buono sociale indicato, relativamente al periodo _____,
- permangono le condizioni che hanno determinato la concessione del provvedimento economico a suo favore
- continua/sospende l'intervento dell'ASA Tutor
- l'interessato (anche mediante i propri familiari) ha regolarmente versato gli oneri contributivi all'INPS per l'assistente familiare assunta (contratto precedentemente documentato) per il periodo _____, come da copia del bollettino di versamento allegato alla presente;
- non sono intervenute variazioni significative nella condizione assistenziale e che si ritengono adeguati i punteggi attribuiti in precedenza

Si propone di:

- continuare l'erogazione del beneficio economico per il periodo _____ (coincidente con il periodo di versamento dei contributi INPS)
- interrompere l'erogazione del buono sociale mirato al sostegno del lavoro di cura prestatO da assistenti familiari con le seguenti motivazioni:

- variare l'entità del buono sociale mirato al sostegno del lavoro di cura prestatO da assistenti familiari con le seguenti motivazioni:

Firma dell'Assistente Sociale