(allegato A)

DOMANDA PER SOSTENERE INTERVENTI DI RICOVERO TEMPORANEO DI SOLLIEVO PER PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI E DISABILI GRAVI

- ANNO 2015 -

Intervento in attuazione della DGR 2883/2014 - Fondo Non Autosufficienze - 2014
Ambito territoriale n°11 del Garda

Dati identificativi del/la beneficiario/a

cognome _____

nome _____

nato a _____ prov. ( ) il_____

codice fiscale _____

residente a _____ via _____

tel. _____eventuale altro recapito _____

Care – Giver e altre persone significative

→ **vive con:** □ coniuge/convivente □ coniuge/figli □ figli □ parenti □ genitori □ badante □ solo □ altro (specificare) _____

Relazione	Cognome e nome recapito e telefono	Anno di nascita	**convivente**	Disponibilità (specificare in termini qualitativi e quantitativi settimanali)
			SI NO	
			SI NO	
			SI NO	
			SI NO	
			SI NO	

→ **è attiva rispetto alla situazione una rete di assistenza di volontariato:** □ SI □ NO

Altre informazioni socio-assistenziali:

	SI	NO	in corso di accertamento	
- Invalidità	□	□	□	_____ %
- Indennità di accompagnamento	□	□	□	
- L. 104/92 Gravità Handicap	□	□	□	
- SAD/SADH comunale	□	□		
- Frequenza di servizi diurni	□	□		

- Assistenza continuativa privata □ **NO** □ **badante** □ **altra figura prof.**
- La persona è attualmente beneficiaria di voucher socio-sanitario **SI** □ **NO** □
- Altri benefici o servizi (specificare)_____

PIANO PERSONALIZZATO DI INTERVENTO

Finalità dell'intervento:

Il ricovero temporaneo di sollievo è finalizzato a:

sostenere il nucleo familiare per consentire un sollievo temporaneo, in un periodo definito e programmato, dai compiti di cura e di assistenza;

rispondere a situazioni di bisogno improvvise ed urgenti, tali da richiedere l'inserimento immediato della persona in una struttura appropriata, in attesa di una successiva collocazione stabile e continuativa.

Breve descrizione della situazione per cui si richiede l'attivazione del piano

(specificare le limitazioni dell'autonomia personale nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana, il contesto di vita e gli obiettivi che si intendono raggiungere)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Tempi e costi di realizzazione del progetto personalizzato per il periodo temporaneo di sollievo:

- inizio intervento: _____ fine intervento: _____
- n° ore giorni _____ n° settimane nell'anno _____
- **Costo totale** € _____.

Luogo e data ……..

Firma del/della richiedente (beneficiario/a del finanziamento)

……

Firma del/della proponente (Assistente Sociale del Comune di residenza)

……..……..

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
Ai Sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale n. 11 del Garda, anche con l'ausilio di mezzi informatici.
Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

…….. il……. Firma……