

AMBITO DISTRETTUALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE

*Comuni di Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo,
Montichiari, Remedello e Visano*

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE ASSISTITI A DOMICILIO 01.04.2023/31.03.2024

*(Piano Sociale di Zona dell'Ambito Distrettuale Bassa Bresciana Orientale –
interventi di cui alla D.G.R. 7751/2022)*

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

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

l'assegnazione del Buono Sociale per il periodo 01.04.2023/31.03.2024 per:

- assistenza continuativa al domicilio da parte del caregiver familiare;*
- assistenza continuativa al domicilio da parte dell'assistente familiare con regolare contratto (Indicare ore settimanali di contratto n.)*

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non essere in accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);*
- di non essere in ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;*

- di non beneficiare di un contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- di non essere preso/a in carico con Misura RSA Aperta di cui alla DGR 7769/2019;
- di non essere beneficiario della Misura B1;
- di non essere beneficiario del voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
- di non beneficiare della misura Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;
- Di fruire del seguente servizio diurno (tipologia..... Ente gestore.....)

- di essere in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, 3° comma, legge n. 104/92, come da verbale n. _____ in data _____, **di cui allego copia;**
- di essere beneficiario/a dell'indennità di accompagnamento come verbale n. _____ in data _____, **di cui allego copia;**
- che le persone inserite nel proprio stato di famiglia e che il reddito lordo percepito sono indicati nell'autodichiarazione per il rilascio dell'attestazione ISEE, **di cui allego copia** (attestazione n. _____ del _____);
- di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante un familiare:
 1. l'eventuale ricovero in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale;
 2. eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del buono;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;
- di scegliere, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti modalità di pagamento:

direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE

INTESTATARIO o COINTESTATARIO
CODICE IBAN

direttamente su CONTO CORRENTE BANCARIO / POSTALE DEL MIO FAMIGLIARE CHE AUTORIZZO ALLA RISCOSSIONE PER MIO CONTO

INTESTATARIO
cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____
indirizzo e n. civico _____
codice fiscale _____
CODICE IBAN

ALLEGA

- nel caso di istanza del buono sociale per sostenere le spese per l'acquisto di prestazioni di assistente familiare va presentata **copia del contratto di lavoro e copia dei due ultimi cedolini dello stipendio**

luogo e data

in fede

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

- La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).
- La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).

Se ricorre uno dei casi suddetti, ogni riferimento al "dichiarante", è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

cognome _____ nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

codice fiscale _____

comune di residenza _____ prov. _____ CAP _____

indirizzo e n. civico _____ telefono _____

luogo e data

in fede

Ai sensi del R. UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Montichiari, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

L' informativa completa è disponibile presso gli uffici o sul sito internet del comune www.comune.montichiari.bs.it

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 distrettuale Bassa Bresciana Orientale, 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

PARTE RISERVATA AL COMUNE

<i>Punteggio complessivo valutazione ADL (6 punti) + valutazione IADL (8 punti)</i>	<i>(max 14 punti)</i>
<i>ISEE posseduto</i>	

Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (scala ADL)

(Fonte: Katz TF. A.D.L. Activities of Daily Living. JAMA 1963;185:914)

- 1) LAVARSI - Spugnature, vasca o doccia**
 - a) L'anziano non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi)
 - a) Riceve aiuto nel lavarsi solo una parte del corpo (come la schiena o le gambe)
 - b) Riceve aiuto nel lavarsi per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava)

- 2) VESTIRSI - Prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, biancheria, vestiario e accessori, adoperando le chiusure (comprese le bretelle se le usa)**
 - a) Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto
 - a) Prende i vestiti e si veste senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe
 - b) Riceve aiuto nel prendere vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito

- 3) USO DEI SERVIZI - Va alla toilette per urinare e per evacuare; si pulisce; si riveste.**
 - a) Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti senza assistenza (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone, il girello o la sedia a rotelle, e usando la padella od il vaso od il pappagallo, per la notte, o la comoda, vuotandoli al mattino)
 - b) Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per sistemarsi gli abiti dopo aver urinato o evacuato o nell'uso della padella (di notte) o della comoda
 - b) Non si reca ai servizi per i processi di eliminazione di feci e urine

- 4) TRASFERIMENTO**
 - a) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, senza aiuto (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone od il girello)
 - b) Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, con un aiuto
 - b) Non esce dal letto

- 5) CONTINENZA**
 - a) Ha completo autocontrollo sui movimenti per urinare e per evacuare
 - b) Ha occasionalmente degli incidenti
 - b) Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo sull'urinare o sull'evacuare; oppure utilizza il catetere o è incontinente

- 6) ALIMENTARSI**
 - a) Si alimenta da solo e senza aiuto
 - a) Si alimenta da solo, ma richiede aiuto per tagliare la carne o per spalmare alimenti sul pane
 - b) Riceve assistenza nell'alimentarsi o si è alimentato, in parte o completamente, con l'utilizzo di sonde o per via endovenosa.

Istruzioni per la compilazione

Il giudizio è basato sullo stato reale e non sulla abilità: il *rifiuto di eseguire* una funzione va valutato come *disabilità*, anche se si ritiene il paziente capace. *Autonomia significa assenza di supervisione, guida od assistenza attiva*: la necessità di aiuto umano sotto qualsiasi forma va classificata come *disabilità*. L'utilizzo autonomo di presidi o equipaggiamenti speciali per svolgere una funzione, *in assenza di aiuto da terzi*, va classificato come *non disabilità*. Riguardo alla *incontinenza*, la definizione di non autosufficienza va riferita non alla sua esistenza in sé, ma alla necessità di essere aiutati da altri per pulirsi, indossare e cambiare pannolini, utilizzare la comoda od i servizi igienici.

A scala compilata il risultato può essere riportato:

- come *numero assoluto*, attribuendo il valore di 0 al giudizio di indipendenza (a) e 1 a quello di dipendenza (b). (0= massima autonomia, 6= massima dipendenza)
- come *indice* utilizzando la scalogramma successivo (A: massima autonomia; G massima dipendenza).

TOTALE DI a) indipendenza	6a	5a	4a	3a	2a	1a	-	-
TOTALE DI b) dipendenza	-	1b	2b	3b	4b	5b	6b	>1b
Lavarsi	a	b	b	b	b	b	b	.
Vestirsi	a	.	b	b	b	b	b	.
Uso dei servizi	a	.	.	b	b	b	b	.
Trasferirsi	a	.	.	.	b	b	b	.
Continenza	a	.	.	.	.	b	b	.
Alimentarsi	a	.	.	.	.	.	b	.
Indice	A	B	C	D	E	F	G	Altro

Indice di dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (scala IADL)

(Fonte: Lawton MP. Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist 1969;9:179)

A) CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO

1. Usa il telefono di propria iniziativa (alza la cornetta, compone il numero.....)
2. Compone solo alcuni numeri ben conosciuti
3. Risponde al telefono ma non è capace di comporre i numeri
4. Non è in grado di usare il telefono
0. Rifiuto - non applicabile

B) FARE ACQUISTI

1. Fa tutte le proprie spese senza aiuto
2. Fa piccoli acquisti senza aiuto
3. Ha bisogno di essere accompagnato ogni volta che deve acquistare qualcosa
4. Non è in grado di fare acquisti
0. Rifiuto - non applicabile

C) PREPARAZIONE DEL CIBO

1. Organizza, prepara e serve i pasti in modo adeguato e senza aiuto
2. Prepara pasti adeguati se gli vengono forniti gli ingredienti
3. Scalda e serve pasti preparati oppure prepara cibi, ma non mantiene una dieta adeguata
4. I pasti gli devono essere preparati e serviti
0. Rifiuto - non applicabile

D) CAPACITA' DI ACCUDIRE LA CASA

1. Sbriga le faccende domestiche da solo o con assistenza occasionale per i lavori pesanti
2. Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti (rifà il letto, lava i piatti.....)
3. Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti ma non è in grado di mantenere un adeguato livello di pulizia della casa
4. Necessita di aiuto per tutti i lavori domestici
5. Non partecipa a nessuna azione di governo della casa
0. Rifiuto - non applicabile

E) AUTONOMIA NEL LAVAGGIO DELLA BIANCHERIA

1. Lava personalmente tutta la sua biancheria
2. Lava solo i piccoli capi di biancheria (calzini, fazzoletti)
3. Tutta la biancheria deve essere lavata e stirata da altri
0. Rifiuto - non applicabile

F) MEZZI DI TRASPORTO

1. Si sposta da solo utilizzando i mezzi pubblici o guidando la propria auto
2. Per spostarsi usa il taxi, ma non i mezzi pubblici
3. Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno
4. Può spostarsi soltanto in taxi o in auto con l'assistenza di qualcuno
5. Non si sposta con alcun tipo di mezzo di trasporto
0. Rifiuto - non applicabile

G) RESPONSABILITÀ NELL'USO DEI MEDICINALI

1. Assume i medicinali prescritti nelle dosi giuste e negli orari corretti
2. Assume i medicinali solo se preparati in anticipo in dosi separate
3. Non è in grado di assumere correttamente le terapie da solo
0. Rifiuto - non applicabile

H) CAPACITA' DI GESTIRE LE PROPRIE FINANZE

1. Gestisce le proprie finanze in modo autonomo (scrive assegni, paga le tasse, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate, riscuote la pensione)
2. E' in grado di fare piccoli acquisti ma necessita di aiuto per le operazioni più complesse (operazioni bancarie, acquisti maggiori....)
3. Non è in grado di maneggiare denaro
0. Rifiuto - non applicabile

Istruzioni per l'uso

Il paziente sarà classificato come *disabile* se:

- abitualmente **non svolge** il compito analizzato;
- **non può** svolgere il compito;
- la disabilità è conseguente a problemi di salute.

Se il mancato esercizio di una attività non è legato ad una perdita di funzione ma al fatto che quella attività non è mai stata svolta anche quando la persona era sana ed autonoma barrare la casella "**non applicabile**". Nel dubbio, soprattutto per gli uomini e per quelle attività identificate come prevalentemente femminili, utilizzare sempre questa opzione.

Il dato finale può essere riportato:

- sommando i punteggi conseguiti; il risultato sarà un numero intero compreso fra 0 ed 8;
- utilizzando la formula seguente, che determinerà un risultato decimale compreso fra 0,00 e 8,00:

$$((A+B+C) \times 0,25) + ((E+G+H) \times 0,33) + ((D+F) \times 0,20)$$

0 corrisponde alla *massima autonomia* ed 8 alla *totale dipendenza*.

Nei maschi, data la minore abitudine ad eseguire alcune compiti domestici, il fondo scala può essere limitato a 5.