

SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

Progetto "Serenamente a Casa SAC 2.0" – **AZIONE 2** – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza - POR F.S.E 2014-2020 - OB. COMPETITIVITA' REGIONALE ED OCCUPAZIONE

BUONO SERVIZIO AZIONE 2

BENEFICIARIO	
Cognome _____	Nome _____
Nato/a a _____ Prov (____) , il _____	
Residente a _____ indirizzo _____	
Recapito/i telefonico/i _____	
Email _____	
In carico ad Ass. Sociale (nome) _____ Tel. _____	
<small>(solo se diverso da residenza)</small>	
Domiciliato a _____ – indirizzo _____	
Presso abitazione di (figlio/a, parente, altro..) _____	

al beneficiario sopra indicato, in possesso dei requisiti di cui all'art. 4.1 dell'Azione 2 dell'Avviso della Regione Toscana "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 11622 del 18.06.2021,

È' RICONOSCIUTA

la titolarità del presente **BUONO SERVIZIO** per l'erogazione della/delle seguente/i tipologia/e di intervento:

Tipologia di intervento	Tipologia	Tipologia di prestazione	Struttura intervento (durata e n.ro di accessi)	Valore per unità di prestazione e	VALORE TOTALE
<i>Servizi domiciliari professionali</i>	OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione caregiver, presenza di supporto per permettere al caregiver la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio	... accessi al di x ... gg a settimana x settimane	€ 27,00 orari	.....,00 Euro
	PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia ----- Intervento di psico educazione al caregiver, monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico	... accessi	€ 39,00 orari	.....,00 Euro
	Educatore Prof.le / Animatore	Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzazione della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale. Stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore. Stimolazione cognitiva e occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante	... accessi al di x ... gg a settimana x settimane	€ 29,00 orari	.....,00 Euro

		l'intervento del caregiver			
	FKT	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti	... accessi al di x ... gg a settimana x settimane	€ 38,00 orari	.....,00 Euro
Servizi extra- domiciliari	PSIC/ NEUROPS IC	Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 2-8 persone	... accessi al di x ... gg a settimana x settimane	€ 15,00 a utente a seduta	.....,00 Euro
	PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso di 2-10 persone	... accessi al di x ... gg a settimana x settimane	€ 12,00 a utente a seduta	.....,00 Euro
	FKT / Laureati in Scienze motorie e Diplomati ISEF o in Fisioterapia)	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 2-10 persone	... accessi al di x ... gg a settimana x settimane	€ 12,00 a utente a seduta	.....,00 Euro
Servizi semi- residenziali		Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) + servizio di trasporto * * Qualora il trasporto non sia previsto nel piano individualizzato, o per altre ragioni non sia erogato, le tariffe si ridurranno di 5 euro a tratta.	... gg a settimana x settimane	€ 65,00 per intera giornata € 35,00 per mezza giornata (pasto e trasporto inclusi *)	.....,00 Euro
Altri servizi extra- domiciliari		Caffè Alzheimer	... ore al di x ... gg a settimana x settimane	Max € 20,00 a utente	.....,00 Euro
		Atelier Alzheimer	... ore al di x ... gg a settimana x settimane	Max € 30,00 a utente	.....,00 Euro
		Musei per l'Alzheimer	... ore al di x ... gg a settimana x settimane	Max € 30,00 a utente	.....,00 Euro
Servizi di trasporto		Trasporto utenti: veicolo idoneo ed autista (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		€ 10,00 a tratta per i "serv. domiciliari"	.....,00 Euro

				€ 5,00 a tratta a utente per gli altri	
Servizi residenziali	Ricovero di sollievo in RSA per MAX 30 gg	Modulo Base	... gg	€ 125,00 (trasporto incluso)	.....,00 Euro
		Modulo Specialistico	... gg	€ 135,00 (trasporto incluso)	.....,00 Euro

Gli importi sono comprensivi di IVA (se dovuta) e dei costi relativi ai materiali/ausili, nonché dei DPI utilizzati dagli operatori. Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato da parte dei servizi competenti tramite addendum.

IMPORTO TOTALE PIANO DI SPESA Euro _____

DATA INIZIO (SOTTOSCRIZIONE DEL PIANO DI SPESA) _____

DATA DI CONCLUSIONE PREVISTA _____ *

* In caso non vengano eseguiti tutti gli accessi previsti dal Piano di spesa entro la data di conclusione, saranno recuperabili, prorogando il termine di scadenza del Buono servizio, solo gli accessi non eseguiti a causa di interruzione temporanea per ricovero o per malattia del beneficiario, nel limite dei 30 giorni, previo invio di certificato medico che ne attesti la sospensione per motivi di salute. In tutti gli altri casi non sarà possibile usufruire degli accessi mancanti oltre la data di conclusione prevista.

ENTE ATTUATORE: USL TOSCANA CENTRO ZONA DISTRETTO FIORENTINA SUD-EST

Direttore: Simone Naldoni

Assistente Sociale:

Firma _____

Firma _____

[parte a cura del BENEFICIARIO]

DENOMINAZIONE DELL'OPERATORE SCELTO DAL BENEFICIARIO [scrivere un nome dell'All.]:

Il Sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ e

residente a _____

in qualità di beneficiario del buono servizio

in qualità di tutore o amministratore di sostegno del beneficiario del buono servizio

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/20000 **sottoscrive e accetta il presente piano di spesa.**

Luogo e data _____

FIRMA _____



Regione Toscana



Anno

DOMANDA DI ISCRIZIONE

REGIONE TOSCANA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

A cura dell'Ente Attuatore

TITOLO DELL'AZIONE..... MATRICOLA _____

ENTE ATTUATORE.....

...l... sottoscritto/a.....nato/a il _____
giorno mese anno

a.....(.....) Stato..... codice fiscale _____
Comune prov.

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA

- di essere di sesso M F - di avere cittadinanza:

di risiedere in via/piazza.....n..... comune..... C.A.P..... provincia

telefono _____ cellulare _____
prefisso numero

di far parte del seguente gruppo vulnerabile:

- 01. Persone disabili
- 02. Altro tipo di vulnerabilità

- di essere in possesso del titolo di studio di:

- 00. Nessun titolo
- 01. Licenza elementare/Attestato di valutazione finale
- 02. Licenza media /Avviamento professionale
- 03. Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (iefp), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
- 04. Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
- 05. Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)
- 06. Diploma di tecnico superiore (ITS)
- 07. Laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
- 08. Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di conservatorio, accademia di belle arti, accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
- 09. Titolo di dottore di ricerca

- di essere nella seguente condizione occupazionale:

- Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in o servizio civile, in altra condizione)

DATA.....

FIRMA DEL SOGGETTO DESTINATARIO
 (o del tutore/amministratore di sostegno del destinatario)

SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

Progetto "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" - AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio - POR F.S.E 2014-2020 - OB. COMPETITIVITA' REGIONALE ED OCCUPAZIONE

BENEFICIARIO [si prega di scrivere tutto in STAMPATELLO]				
Cognome _____		Nome _____		
Nato/a a _____		Prov (____), il _____		
Residente a _____ indirizzo _____				
Recapito/i telefonico/i _____		Email _____		
<i>(solo se diverso da residenza)</i>				
Domiciliato a _____ – indirizzo _____				
Presso abitazione di (figlio/a, parente, altro..) _____				

BUONO SERVIZIO AZIONE 1

al beneficiario sopra indicato, in possesso dei requisiti di cui all'art. 3.1 dell'Azione 1 dell'Avviso della Regione Toscana "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 11622 del 18.06.2021,

È' RICONOSCIUTA

la titolarità del presente BUONO SERVIZIO per l'erogazione della seguente tipologia di intervento (A o B) secondo quanto dettagliato dal PIANO DI SPESA:

A) RICOVERO IN RSA

Tipologia	* Intensità di prestazione	Struttura intervento (durata e n.ro di accessi)	Valore per unità di prestazione	IMPORTO TOTALE PIANO DI SPESA
RSA 20 GIORNI	Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito	Ricovero in RSA per 20 giorni	€ 125,00/gg	2.500,00 Euro

Gli importi sono comprensivi di IVA (se dovuta) e dei costi relativi ai materiali/ausili, nonché dei DPI utilizzati dagli operatori

DENOMINAZIONE della RSA SCELTA DAL BENEFICIARIO [scrivere un nome dell'Al. A]:

B) INTERVENTI DOMICILIARI – PER IL DETTAGLIO SI VEDA IL PIANO DI SPESA A PAG. 2

* [per ACOT: barrare solo un riquadro relativo all'Intensità della prestazione scelta]

Per ciascuna figura professionale il totale delle ore dovute dovrà essere erogato, secondo la cadenza e le modalità indicate dal piano assistenziale, nei 30 gg dalla data di dimissione. Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato da ACOT tramite addendum.

B) INTERVENTI DOMICILIARI PAG. 2) PIANO DI SPESA SIG./SIG.RA

Tipologia	* Intensità di prestazione	Struttura intervento (N. ORE ENTRO 30 GG. DATA DIMISSIONE)	Valore per unità di prestazione	IMPORTO TOTALE PIANO DI SPESA

1 OSA/OSS	<input type="checkbox"/> 1.1 OSA/OSS media intensità	60 ore OSS 2/3 accessi (ore) al giorno	€ 27,00/h OSS	1.620,00 €
	<input type="checkbox"/> 1.2 OSA/OSS alta intensità	75 ore OSS 3 accessi (ore) al giorno	€ 27,00/h OSS	2.025,00 €
2 FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/> 2 FISIOTERAPISTA alta intensità	40 ore FKT 2 ore FKT al giorno	€ 38,00/h FKT	1.520,00 €
3 INFERMIERE	<input type="checkbox"/> 3 INFERMIERE alta intensità	40 ore INF 2 accessi (ore) INF al giorno	€ 38,00/h INF	1.520,00 €
4 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/> 4 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA media intensità	50 ore OSS 2 accessi (ore) al giorno + 12 ore FKT 4 accessi (ore) FKT a sett.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT	1.806,00 €
5 OSA/OSS + INFERMIERE	<input type="checkbox"/> 5 OSA/OSS + INFERMIERE media intensità	50 ore OSS 2 accessi (ore) al giorno + 16 ore INF 1/7 accessi (ore) INF a sett.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h INF	1.958,00 €
6 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE	<input type="checkbox"/> 6 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE alta intensità	25 ore OSS 3 accessi (ore) al giorno + 14 ore FKT 3/4 accessi (ore) FKT a sett. + 14 ore INF 3/4 accessi (ore) INF a sett.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	1.739,00 €

Gli importi sono comprensivi di IVA (se dovuta) e dei costi relativi ai materiali/ausili, nonché dei DPI utilizzati dagli operatori

DENOMINAZIONE DELL'OPERATORE SCELTO DAL BENEFICIARIO [scrivere un nome dell'All.B]:

[parte a cura del BENEFICIARIO]

Il Sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ e
residentea _____ in

in qualità di beneficiario del buono servizio

in qualità di tutore o amministratore di sostegno del beneficiario del buono servizio

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000
sottoscrive e accetta il presente piano di spesa

Luogo e data _____

FIRMA _____

[parte a cura di ACOT]

DATA INIZIO BUONO SERVIZIO (DATA DIMISSIONE) _____
DATA DI CONCLUSIONE PREVISTA (ENTRO 30 GIORNI DALLA DIMISSIONE) _____ *

** In caso non vengano eseguiti tutti gli accessi previsti dal Piano di spesa entro la data di conclusione, saranno recuperabili, prorogando il termine di scadenza del Buono servizio, solo gli accessi non eseguiti a causa di interruzione temporanea per un nuovo ricovero o per malattia del beneficiario, nel limite dei 30 giorni, previo invio di certificato medico che ne attesti la sospensione per motivi di salute. In tutti gli altri casi non sarà possibile usufruire degli accessi mancanti oltre la data di conclusione prevista.*

SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

Progetto SERENAMENTE A CASA SECONDA EDIZIONE BIS

Nell'ambito dell'Avviso regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" approvato con il decreto dirigenziale regione Toscana n. 11622 del 18.06.2021

Codice progetto: 301851

IL/LA SOTTOSCRITTO/A [si prega di scrivere tutto in STAMPATELLO]

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov (____), il _____

Residente a _____ indirizzo _____

Recapito/i telefonico/i _____ Email _____

(solo se diverso da residenza)

Domiciliato a _____ – indirizzo _____

Presso abitazione di (figlio/a, parente, altro..) _____

BENEFICIARIO DEL PROGETTO PER LA SEGUENTE AZIONE (barrare la casella corrispondente):

BUONO SERVIZIO AZIONE 1 "Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio"

E più precisamente del seguente intervento:

A) RICOVERO IN RSA per 20 giorni – PRESSO LA STRUTTURA

B) INTERVENTI DOMICILIARI – TRAMITE L'OPERATORE (indicare l'operatore scelto dal beneficiario)

oppure

BUONO SERVIZIO AZIONE 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza"

TRAMITE L'OPERATORE (indicare l'operatore scelto dal beneficiario)

oppure

BUONO SERVIZIO AZIONE 3 Ampliamento del servizio di assistenza familiare

Con la presente esprime formale e volontaria

RINUNCIA

Alla prosecuzione dell'intervento attivato, con la seguente motivazione:

Luogo, data

FIRMA DEL BENEFICIARIO



Allegato 6

INFORMATIVA AGLI INTERESSATI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 “REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti dell'Unione europea del Fondo Sociale Europeo, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1 La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza Duomo 10 - 50122 Firenze; (regionetoscana@postacert.toscana.it)
- 2 Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.
- 3 I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
- 4 I dati acquisiti in esecuzione del presente atto potranno essere comunicati ad organismi, anche dell'Unione europea o nazionali, direttamente o attraverso soggetti appositamente incaricati, ai fini dell'esercizio delle rispettive funzioni di controllo sulle operazioni che beneficiano del sostegno del FSE. Verranno inoltre conferiti nella banca dati ARACHNE, strumento di valutazione del rischio sviluppato dalla Commissione europea per il contrasto delle frodi. Tale strumento costituisce una delle misure per la prevenzione e individuazione della frode e di ogni altra attività illegale che possa minare gli interessi finanziari dell'Unione, che la Commissione europea e i Paesi membri devono adottare ai sensi dell'articolo 325 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE).
- 5 I Suoi dati saranno conservati nel Sistema Informativo FSE e presso gli uffici del Responsabile del procedimento, Settore Innovazione Sociale, per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 6 Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati. I dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati sono i seguenti: urp_dpo@regione.toscana.it.
- 7 Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>).

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze; (regionetoscana@postacert.toscana.it))
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.
I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
3. I Suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti dell'Archivio dell'Ente per il periodo di legge previsto per questa tipologia di documenti della Pubblica Amministrazione
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (dpo@regione.toscana.it).
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data.....

Firma per presa visione

.....