

SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

Progetto "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria

domiciliare" - **AZIONE 1** – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio - POR F.S.E 2014-2020 - OB.

COMPETITIVITA' REGIONALE ED OCCUPAZIONE

Codice progetto: 309133

BENEFICIARIO [si prega di scrivere tutto in STAMPATELLO]

Cognome _____ Nome _____

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

C.F. _____ Residente a _____

indirizzo _____

Recapito/i telefonico/i _____ Email _____

(solo se diverso da residenza)

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 all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 17275 del 03/08/2023,

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'All. A]:

B) INTERVENTI DOMICILIARI * [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.

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 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/> 2.1 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA media intensità	50 ore OSS 2 accessi (ore) al giorno + 5 ore FKT 5 accessi (ore) FKT/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT	1.540,00 €
	<input type="checkbox"/> 2.2 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA media intensità	50 ore OSS 2 accessi (ore) al giorno + 12 accessi (ore) FKT /30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT	1.806,00 €
3 OSA/OSS + INFIERMIERE	<input type="checkbox"/> 3.1 OSA/OSS + INFIERMIERE media intensità	50 ore OSS 2 accessi (ore) al giorno + 5 ore INF 5 accessi (ore) INF/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h INF	1.540,00 €
	<input type="checkbox"/> 3.2 OSA/OSS + INFIERMIERE alta intensità	50 ore OSS 2 accessi (ore) al giorno + 12 ore INF 12 accessi (ore) INF/30gg.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h INF	1.806,00 €
4 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFIERMIERE	<input type="checkbox"/> 4.1 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFIERMIERE alta intensità	45 ore OSS 3 accessi (ore) al giorno + 5 ore FKT 5 accessi (ore) FKT/30gg tt.+ 5 ore INF 5 accessi (ore) INF/30gg.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	1.595,00 €
	<input type="checkbox"/> 4.2 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFIERMIERE alta intensità	45 ore OSS 3 accessi (ore) al giorno + 12 ore FKT 12 accessi (ore) FKT/30gg.+ 12 ore INF 12 accessi (ore) INF/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	1.992,00 €

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
residente a _____ 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.*

FIRMA A.S. CASE MANAGER _____

ENTE ATTUATORE: Società della Salute Fiorentina Sud Est

Firma Direttore: Simone Naldoni



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/>).

Allegato 7

Anno 2023/2024

DOMANDA DI ISCRIZIONE

REGIONE TOSCANA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

A cura dell'Ente Attuatore

TITOLO DELL'AZIONE Tutti Appropriatamente a casa "TAAC" MATRICOLA 3 0 | 9 | 1 | 3 | 3 | | |

ENTE ATTUATORE Società della Salute Fiorentina Sud Est

...I... 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 prefisso numero cellulare

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
[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:

[X] 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)

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

.....