

## **SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST**

Progetto "SOSTEGNO ANZIANI, MINORI E ADULTI" S.A.M.A. Codice progetto: 312728

**AZIONE 1** Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio - PR F.S.E.+ 2021-2027 PAD Attività 3.k.7

### **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 "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 27538 del 22/12/2023

### **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
RICOVERO 20 GIORNI	Cure intermedie temporanee nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito	Ricovero in di cure intermedie residenziali per 20 giorni	€ 125,00/gg	<b>2.500,00 Euro</b>

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 [segnalare tre nominativi in ordine di preferenza, barrare il nominativo individuato dell'allegato:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

**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 CALCOLATI A PARTIRE DAL GIORNO SUCCESSIVO ALLA 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 (durata e n.ro di accessi)	Valore per unità di prestazione	IMPORTO TOTALE PIANO DI SPESA
<b>1. OSA/OSS</b>	<input type="checkbox"/> <b>1.1 OSA/OSS</b> bassa intensità	<b>30 ore OSS</b> 1 accesso (ore) al giorno	€ 27,00/h OSS	<b>810,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>1.2 OSA/OSS</b> media intensità	<b>60 ore OSS</b> 2/3 accessi (ore) al giorno	€ 27,00/h OSS	<b>1.620,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>1.2 OSA/OSS</b> alta intensità	<b>75 ore OSS</b> 3 accessi (ore) al giorno	€ 27,00/h OSS	<b>2.025,00 €</b>
<b>2. OSA/OSS + FISIOTERAPIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>2.1 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA</b> bassa intensità	<b>30 ore OSS</b> 1 accesso (ore) al giorno + <b>5 ore FKT</b> 5 accessi (ore) FKT/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT	<b>1.000,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>2.2 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA</b> bassa intensità	<b>30 ore OSS</b> 1 accesso (ore) al giorno + <b>10 ore FKT</b> 10 accessi (ore) FKT/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT	<b>1.190,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>2.3 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA</b> media intensità	<b>50 ore OSS</b> 50 accessi (ore)/30gg + <b>5 ore FKT</b> 5 accessi (ore)/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT	<b>1.540,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>2.4 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA</b> media intensità	<b>50 ore OSS</b> 50 accessi (ore)/30gg + <b>10 ore FKT</b> 10 accessi (ore)/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT	<b>1.730,00 €</b>
<b>3. OSA/OSS + INFERMIERE</b>	<input type="checkbox"/> <b>3.1 OSA/OSS + INFERMIERE</b>	<b>25 ore OSS</b> 25 accessi da 1 ora/30gg <b>5 ore INF</b> 5 accessi (ore) /30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h INF	<b>865,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>3.2 OSA/OSS + INFERMIERE</b>	<b>30 ore OSS</b> 25 accessi da 1 ora/30gg <b>3 ore INF</b> 3 accessi (ore) INF/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h INF	<b>924,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>3.3 OSA/OSS + INFERMIERE</b>	<b>50 ore OSS</b> 50 accessi (ore)/30gg + <b>5 ore INF</b> 5 accessi (ore)/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h INF	<b>1.540,00 €</b>

<b>4 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE</b>	<input type="checkbox"/> <b>4.1 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE</b>	<b>20 ore OSS</b> 20 accessi (ore) di 1 ora/30gg + <b>5 ore FKT</b> 5 accessi (ore)/30gg + <b>3 ore INF</b> 3 accessi (ore) /30gg.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	<b>844,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>4.2 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE</b>	<b>20 ore OSS</b> 20 accessi (ore) di 1 ora/30gg + <b>10 ore FKT</b> 10 accessi (ore)/30gg + <b>3 ore INF</b> 3 accessi (ore) /30gg.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	<b>1.034,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>4.3 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE</b>	<b>25 ore OSS</b> 25 accessi (ore) di 1 ora/30gg + <b>5 ore FKT</b> 5 accessi (ore)/30gg + <b>3 ore INF</b> 3 accessi (ore) /30gg.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF e 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	<b>979,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>4.4 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE</b>	<b>25 ore OSS</b> 25 accessi (ore) di 1 ora/30gg + <b>10 ore FKT</b> 10 accessi (ore)/30gg + <b>3 ore INF</b> 3 accessi (ore) /30gg.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	<b>1.169,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>4.5 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE</b>	<b>25 ore OSS</b> 25 accessi (ore) di 1 ora/30gg + <b>5 ore FKT</b> 5 accessi (ore)/30gg+ <b>5 ore INF</b> 5 accessi (ore)/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	<b>1.055,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>4.6 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE</b>	<b>25 ore OSS</b> 25 accessi (ore) di 1 ora/30gg + <b>10 ore FKT</b> 5 accessi (ore)/30gg+ <b>5 ore INF</b> 5 accessi (ore)/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	<b>1.245,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>4.7 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE</b>	<b>45 ore OSS</b> 45 accessi (ore)/30GG+ <b>5 ore FKT</b> 5 accessi (ore) /30gg+ <b>5 ore INF</b> 5 accessi (ore) /30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	<b>1.595,00 €</b>
	<input type="checkbox"/> <b>4.8 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE</b>	<b>45 ore OSS</b> 45 accessi (ore)/30gg + <b>10 ore FKT</b> 12 accessi (ore)/30gg.+ <b>10 ore INF</b> 10 accessi (ore)/30gg	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	<b>1.975,00 €</b>

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 (segnalare tre nominativi in ordine di preferenza, barrare il nominativo individuato dell'allegato)**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

**[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 DIMISSIONE \_\_\_\_\_

DATA INIZIO BUONO SERVIZIO (giorno successivo data dimissione) \_\_\_\_\_

DATA DI CONCLUSIONE PREVISTA (ENTRO 30 GIORNI DAL GIORNO DI INIZIO) \_\_\_\_\_ \*

*\* 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.*

ENTE ATTUATORE: Società della Salute Fiorentina Sud Est

Firma Direttore: Simone Naldoni