

SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

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

AZIONE 2 Percorsi per la cura ed il sostegno familiare a persone affette da demenza - PR F.S.E.+ 2021-2027

PAD Attività 3.k.7

BUONO SERVIZIO AZIONE 2

| | |
|---|------------------------|
| BENEFICIARIO | |
| Cognome _____ | Nome _____ |
| Nato/a a _____ | Prov (____) , il _____ |
| C.F: _____ | |
| Residente a _____ | |
| Via/Piazza _____ n° _____ | |
| Recapito/i telefonico/i _____ | |
| Email _____ | |
| In carico ad Ass. Sociale (nome) _____ Tel. _____ | |
| (solo se diverso da residenza) | |
| Domiciliato a _____ – indirizzo _____ | |
| Presso abitazione di (figlio/a, parente, altro..) _____ | |

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/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 | VALORE TOTALE |
|-----------------------------------|-----------|---|--|---------------------------------|------------------|
| Servizi domiciliari professionali | OSA/OSS | Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione caregiver. | ... accessi al dì 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'utilizzo della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale; stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore, stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del caregiver | ... accessi al di x ... gg a settimana x settimane | € 29,00 orari |,00 Euro |
| | 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/ NEUROPSIC | Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso | ... 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 | ... accessi al di x ... gg a settimana x settimane | € 12,00 a utente a seduta |,00 Euro |
| | FKT / Laureati in Scienze motorie e Diplomi ISEF o in Fisioterapia) | Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi | ... accessi al di x ... gg a settimana x settimane | € 12,00 a utente a seduta |,00 Euro |
| Servizi semi-residenziali | | Centro diurno-frequenza giornaliera mezza/intera giornata (centro diurno base o CDA. E' prevista la totale copertura della retta) | ... gg a settimana x settimane | € 65,00 per intera giornata € 35,00 per mezza giornata (pasto incluso*) |,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 <u>(attivabile solo in combinazione con altri interventi)</u> | | € 10,00 a tratta per utente. |,00 Euro |

| | | | | | |
|----------------------|--|--|--------|------------------------------------|------------------|
| Servizi residenziali | Ricovero di sollievo in struttura residenziale | Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale): MAX 30 GIORNI | ... 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.*

[parte a cura del BENEFICIARIO]

DENOMINAZIONE DELL'OPERATORE/DEGLI OPERATORI SCELTO DAL BENEFICIARIO:

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. 445/2000
sottoscrive e accetta il presente piano di spesa.

Luogo e data _____

FIRMA _____

ENTE ATTUATORE: SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD-EST

Direttore: Simone Naldoni

Firma _____

Assistente Sociale:

Firma _____