

SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

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

AZIONE 4 Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità - PR F.S.E.+ 2021-2027

PAD Attività 3.k.7

BUONO SERVIZIO AZIONE 4

DATI BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome _____

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

C.F: _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n° _____

In carico ad Ass. Sociale (nome) _____ Tel. _____

(solo se diverso da residenza)

Domiciliato a _____ – indirizzo _____

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

DATI GENITORE/TUTORE

Cognome _____ Nome _____

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

C.F: _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ n° _____

Recapito/i telefonico/i _____

Email _____

al beneficiario sopra indicato, in possesso dei requisiti di cui all'art. 3.1 dell'Azione 4 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
<i>Servizi domiciliari professionali</i>	OSA/OSS	Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità	n°.....accessi al giorno per n°..... gg a settimana per n°..... settimane	€ 27,00 orari	.....,00 Euro
	PSIC	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.	n°.....accessi a settimana per n°..... settimane	€ 39,00 orari	.....,00 Euro
	Educatore Prof.le / Animatore	Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	n°.....accessi a settimana per n°..... settimane	€ 29,00 orari	.....,00 Euro
	INF	Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo e riabilitativo	n°.....accessi al giorno per n°..... gg a settimana per n°..... settimane	€ 38,00 orari	.....,00 Euro
	FKT	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver	n°.....accessi a settimana per n°..... settimane	€ 38,00 orari	.....,00 Euro
	LOGOP.	Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento - DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia), disturbi della voce (disfonia infantile)	n°.....accessi a settimana per n°..... settimane	€ 38,00 orari	.....,00 Euro
	TNPEE	Interventi abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo	n°.....accessi a settimana per n°..... settimane	€ 38,00 orari	.....,00 Euro

Servizi extra-domiciliari	Laboratori diurni creativi (E' prevista la totale copertura della retta)	N°..... gg a settimana per n°..... settimane	25,00€	.....,00 Euro
	Centri di aggregazione (E' prevista la totale copertura della retta)	N°..... gg a settimana per n°..... settimane	35,00€	.....,00 Euro
Servizi di trasporto	Trasporto utenti: veicolo idoneo ed autista <i>(attivabile solo in combinazione con altri interventi)</i>	N°.....	€ 10,00 a tratta per utente.	.....,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 GENITORE/TUTORE]

DENOMINAZIONE DELL'OPERATORE/DEGLI OPERATORI SCELTO DAL BENEFICIARIO:

Il Sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____

in qualità di genitore del 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**

Firma:

Direttore: Simone Naldoni _____

Assistente Sociale: _____

Genitore / tutore: _____