

COMUNE DI ..... JESOLO .....

Al Direttore dei Servizi Sociali  
Azienda ULSS n. 10

**Oggetto:** *Programma locale degli interventi sperimentali per il sollievo a favore delle famiglie che assistono persone con disabilità o adulti e anziani non autosufficienti. Azione B.1 Accoglienza temporanea in strutture residenziali della persona non autosufficiente.*

**Domanda di attivazione intervento di pronta accoglienza e rilascio buono servizio a favore di:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Familiare di riferimento \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Il servizio sociale del Comune ha accertato la sussistenza dei requisiti richiesti dal disciplinare per l'utilizzo dei posti letto per la pronta accoglienza. Ha verificato la condizione socio-familiare dell'interessato che risulta caratterizzata da eventi improvvisi non affrontabili nell'ambito della sfera familiare e ha elaborato il progetto provvisorio di pronta accoglienza che sarà proposto, per la sua rettifica, in sede di valutazione dell'Unità Operativa Distrettuale - già attivata con richiesta del |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.

*Da compilare solo nel caso di attivazione urgente del posto letto:*

Il Servizio sociale del Comune, data l'urgenza ad attivare la pronta accoglienza, in accordo con la struttura residenziale ..... ha provveduto all'inserimento della persona interessata a partire dalla data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.

Periodo di accoglienza previsto dal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| per un totale di giornate |\_|\_|\_|\_|.

Per le prime 10 giornate di pronta accoglienza, la persona interessata usufruirà gratuitamente del posto letto occupato, come previsto dal disciplinare per l'utilizzo di posti letto per l'accoglienza temporanea. Dall'undicesimo giorno si chiede che venga riconosciuto all'interessato il Buono servizio.

Valore del Buono servizio da riconoscere: € 44,00 x \_\_\_\_\_ giornate di accoglienza = € \_\_\_\_\_,00  
L'interessato nell'anno in corso ha già usufruito di n. |\_|\_|\_|\_| giornate di accoglienza.

Preferenza struttura residenziale (qualora disponibile presso la stessa il posto letto):

1. ....
2. ....

Si dichiara che:

- l'interessato è stato dichiarato invalido civile al 100% dalla Commissione per l'accertamento degli stati di invalidità civile in data \_\_\_\_\_;
- all'interessato e ai suoi familiari sono state fornite tutte le informazioni relative alle modalità di fruizione dei posti letto per la pronta accoglienza.

La quota differenza tra il valore del Buono servizio e il costo della retta giornaliera praticata dalla struttura che accoglierà l'interessato sarà a carico:

dell'interessato stesso (compresi i civilmente obbligati);

Indicare il nome della persona a cui intestare la fattura (in alternativa alla persona interessata) :

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_.

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

parte dell'interessato e parte del Comune di residenza nella misura che sarà comunicata alla Direzione dei Servizi Sociali dell' ULSS non appena individuata la struttura accogliente.

Indicare il nome della persona a cui intestare la fattura (in alternativa alla persona interessata):

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_.

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

totalmente a carico del Comune di residenza.

La scrivente Amministrazione comunale si fa garante comunque, fin d'ora, del pagamento della quota prevista a carico della persona interessata per tutto il periodo di accoglienza, nei confronti dell'Azienda ULSS che provvederà, come da disciplinare, direttamente al pagamento alla struttura residenziale dei costi per il periodo di accoglienza autorizzato.

Si allegano:

1. valutazione di non autosufficienza accertata precedentemente dalla UOD o certificato medico che attesti una condizione di autosufficienza, in assenza di certificato di invalidità civile.
2. Progetto provvisorio di pronta accoglienza sottoscritto dai referenti del progetto.
3. Altra documentazione

\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_.

Il Servizio sociale del Comune si impegna, non appena effettuata la valutazione del caso in sede di UOD a trasmettere alla Direzione dei Servizi Sociali:

- Verbale UOD con specifica del codice profilo autonomia della persona interessata e Scheda Priorità accoglienza
- Progetto definitivo di accoglienza temporanea sottoscritto dai referenti del progetto.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_  
(Il Responsabile del Servizio)