

Fondo Sociale Europeo Programma Operativo Regionale 2014 - 2020 Asse B – Inclusione Sociale e Lotta Alla Povertà
“Potenziamento dei servizi di continuità -Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità”
“Domus Mea” Cod. Progetto 247753 CUP I99D19000100006

Buono Servizio/Piano di spesa per le prestazioni sotto indicate

Allegato E

Nome e Cognome:

Codice Fiscale:

SERVIZI DOMICILIARI

Descrizione interventi	Figura professionale	Attivazione servizio	Costo Orario	Numero interventi	TOT
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, funzione educativa al caregiver	OSA/OSS	<input type="checkbox"/>	€ 23,00		
Analisi iniziale a domicilio eseguita dallo psicologo esperto in geriatria e definizione Progetto Educativo	PSICOLOGO	<input type="checkbox"/>	€ 36,50		
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare mediante stimolazione cognitiva e occupazionale del paziente.	EDUCATORE PROFESSIONALE / EDUCATORE	<input type="checkbox"/>	€ 24,50		
Interventi del fisioterapista per mantenimento funzionale dell'assistito e per trasferimento competenze al caregiver	FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/>	€ 35,00		
Intervento di psico educazione al caregiver, monitoraggio e revisione del progetto educativo e restituzione alla famiglia	PSICOLOGO	<input type="checkbox"/>	€ 36,50		

SERVIZI EXTRA-DOMICILIARI

Descrizione interventi	Figura professionale	Attivazione servizio	Costo Orario	Numero interventi	TOT
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica – gruppo chiuso 2-8 persone	PSICOLOGO / NEUROPSICOLOGO	<input type="checkbox"/>	€ 15,00 a seduta per utente		
Interventi di fisioterapista per Attività Fisica Adattata (AFA) – gruppo chiuso 2-10 persone	FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/>	€ 12,00 a seduta per utente		
Supporto psicologico alla famiglia – gruppo chiuso 8-10 persone	PSICOLOGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> € 10,00 a sedute per utente per demenza lieve <input type="checkbox"/> € 12,00 a seduta a utente per demenza moderata		

SERVIZI SEMI RESIDENZIALI

<i>Descrizione interventi</i>	<i>Attivazione servizi</i>	<i>Costo Orario</i>	<i>Numero interventi</i>	<i>TOT</i>
Centro diurno con frequenza giornaliera a mezza/intera giornata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Demenza lieve: € 65,00 per intera giornata <input type="checkbox"/> Demenza lieve: € 35,00 per mezza giornata <input type="checkbox"/> Demenza moderata: € 72,00 per intera giornata <input type="checkbox"/> Demenza moderata: € 40,00 per mezza giornata		

ALTRI SERVIZI EXTRA-DOMICILIARI

<i>Descrizione interventi</i>	<i>Attivazione servizio</i>	<i>Trasporto*</i>	<i>Costo Orario</i>	<i>Numero interventi</i>	<i>TOT</i>
Caffè Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ 20,00		
Atelier Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ 30,00		
Musei per l'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ 30,00		

<i>Descrizione interventi</i>	<i>Attivazione servizio</i>	<i>Costo Orario</i>	<i>Numero interventi</i>	<i>TOT</i>
Trasporto servizi domiciliari (dove necessarie visite)	<input type="checkbox"/>	€ 10,00		
Trasporto servizi extra domiciliari	<input type="checkbox"/>	€ 5,00		

TOTALE VOUCHER	€
-----------------------	----------

L'intervento/i dovranno essere avviate entro 10 giorni lavorativi e concludersi entro dalla sottoscrizione di tale piano di spesa .

Il Sottoscritto Nome _____ Cognome _____
☐ in qualità di beneficiario del buono ☐ in qualità di tutore o amministratore del beneficiario

SOTTOSCRIVE ED ACCETTA IL PRESENTE PIANO DI SPESA

Firma beneficiario/suo Tutore/ _____

DICHIARA

che l' intervento sarà erogato dal seguente/i operatore/i economici scelto dal beneficiario sulla base dell'elenco allegato.

- Denominazione operatore economico scelto dal beneficiario **PER SERVIZI DOMICILIARI**

Operatore Economico _____

- Denominazione operatore economico scelto dal beneficiario **PER SERVIZI EXTRA DOMICILIARI**

Operatore Economico _____

- Denominazione operatore economico scelto dal beneficiario **PER SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI**

Operatore Economico _____

- Denominazione operatore economico scelto dal beneficiario **PER ALTRI SERVIZI**

Operatore Economico _____

Il/La sottoscritto/adichiara di avere ricevuto le informazioni in merito al trattamento dei dati personali per finalità socio-assistenziali e socio-sanitarie come previsto dall'art. 13 del dlgs 196/2003.

Acconsento SI NO al trattamento dei dati personali art.13 Dlgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali "per finalità socio assistenziali e socio sanitarie .

Data _____

Firma _____

