

SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA FIORENTINA NORD OVEST

Progetto "Domus Nostra" DO.NO – AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza - Regione Toscana - FONDO PER LO SVILUPPO E LA COESIONE - OB. COMPETITIVITA' REGIONALE ED OCCUPAZIONE

BUONO SERVIZIO AZIONE 2

BENEFICIARIO

Cognome _____ **Nome** _____

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

Residente a FIRENZE - indirizzo _____

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. 4.1 dell'Azione 2 dell'Avviso della Regione Toscana "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 11622 del 18.06.2021,

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, presenza di supporto per permettere al caregiver la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio	... 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'utilizzazione della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale. Stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore. Stimolazione cognitiva e occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del care-	... accessi al dì x ... gg a settimana x settimane	€ 29,00 orari	,00 Euro

		giver			
	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 dì x ... gg a settimana x settimane	€ 38,00 orari	,00 Euro
Servizi extra-domiciliari	PSIC/NEUROP-SIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 2-8 persone	... accessi al dì x ... gg a settimana x settimane	€ 15,00 a utente a seduta	,00 Euro
	PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso di 2-10 persone	... accessi al dì x ... gg a settimana x settimane	€ 12,00 a utente a seduta	,00 Euro
	FKT / Laureati in Scienze motorie e Diplomati ISEF o in Fisioterapia)	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 2-10 persone	... accessi al dì x ... gg a settimana x settimane	€ 12,00 a utente a seduta	,00 Euro
Servizi semi-residenziali		Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) + servizio di trasporto * * Qualora il trasporto non sia previsto nel piano individualizzato, o per altre ragioni non sia erogato, le tariffe si ridurranno di 5 euro a tratta.	... gg a settimana x settimane	€ 65,00 per intera giornata € 35,00 per mezza giornata (pasto e trasporto inclusi *)	,00 Euro
Altri servizi extra-domiciliari		Caffè Alzheimer	... ore al dì x ... gg a settimana x settimane	Max € 20,00 a utente	,00 Euro
		Atelier Alzheimer	... ore al dì x ... gg a settimana x settimane	Max € 30,00 a utente	,00 Euro
		Musei per l'Alzheimer	... ore al dì x ... gg a settimana x settimane	Max € 30,00 a utente	,00 Euro
Servizi di trasporto		Trasporto utenti: veicolo idoneo ed autista (attiva- bile solo in combinazione con altri interventi)		€ 10,00 a tratta per i "serv. domiciliari" € 5,00 a tratta a utente per gli altri	,00 Euro

Servizi residenziali	Ricovero di sollievo in RSA per MAX 30 gg	Modulo Base	... gg	€ 125,00 (trasporto incluso)	,00 Euro
		Modulo Specialistico	... 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.

ENTE ATTUATORE: SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA FIORENTINA NORD OVEST

Direttore: Andrea Francalanci

Assistente Sociale:

Firma _____

Firma _____

[parte a cura del BENEFICIARIO]

DENOMINAZIONE DELL'OPERATORE SCELTO DAL BENEFICIARIO [scrivere un nome dell'All.]:

Il Sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ e

residente a Firenze 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. 445/20000
sottoscrive e accetta il presente piano di spesa.

Luogo e data _____

FIRMA _____