



SOCIETA' DELLA SALUTE DI FIRENZE

Progetto "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" - AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio - POR F.S.E 2014-2020 - OB. COMPETITIVITA' REGIONALE ED OCCUPAZIONE

[parte a cura di ACOT]

BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome _____

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

Residente a **FIRENZE** - indirizzo _____

Recapito/i telefonico/i _____ Email _____

(solo se diverso da residenza)

Domiciliato a _____ – indirizzo _____

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

BUONO SERVIZIO AZIONE 1

al beneficiario sopra indicato, in possesso dei requisiti di cui all'art. 3.1 dell'Azione 1 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 seguente tipologia di intervento (A o B) secondo quanto dettagliato dal PIANO DI SPESA:

[parte a cura di ACOT: apporre una X su (A) o (B)]

A) RICOVERO IN RSA

Tipologia	* Intensità di prestazione	Struttura intervento (durata e n.ro di accessi)	Valore per unità di prestazione	IMPORTO TOTALE PIANO DI SPESA
RSA 20 GIORNI	Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito	Ricovero in RSA per 20 giorni	€ 125,00/gg	2.500,00 Euro

Gli importi sono comprensivi di IVA (se dovuta) e dei costi relativi ai materiali/ausili, nonché dei DPI utilizzati dagli operatori

B) INTERVENTI DOMICILIARI – PER IL DETTAGLIO SI VEDA IL PIANO DI SPESA A PAG. 2

Se viene scelto (B) apporre una successiva X a pag. 2 in relazione all'intensità * della prestazione scelta (è possibile scegliere solo una tra le tipologie di Intensità di prestazione).

Per ciascuna figura professionale il totale delle ore dovute dovrà essere erogato, secondo la cadenza e le modalità indicate dal piano assistenziale, nei 30 gg dalla data di inizio Buono servizio. Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato da ACOT tramite addendum.

B) INTERVENTI DOMICILIARI PAG. 2) PIANO DI SPESA SIG./SIG.RA

Tipologia	* Intensità di prestazione	Struttura intervento (N. ORE ENTRO 30 GG. DATA INIZIO BUONO SERVIZIO)	Valore per unità di pre- stazione	IMPORTO TO- TALE PIANO DI SPESA
1 OSA/OSS	<input type="checkbox"/> 1.1 OSA/OSS media intensità	60 ore OSS 2/3 accessi (ore) al giorno	€ 27,00/h OSS	1.620,00 €
	<input type="checkbox"/> 1.2 OSA/OSS alta intensità	75 ore OSS 3 accessi (ore) al giorno	€ 27,00/h OSS	2.025,00 €
2 FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/> 2 FISIOTERAPISTA alta intensità	40 ore FKT 2 ore FKT al giorno	€ 38,00/h FKT	1.520,00 €
3 INFERMIERE	<input type="checkbox"/> 3 INFERMIERE alta intensità	40 ore INF 2 accessi (ore) INF al giorno	€ 38,00/h INF	1.520,00 €
4 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/> 4 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA media intensità	50 ore OSS 2 accessi (ore) al giorno + 12 ore FKT 4 accessi (ore) FKT a sett.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT	1.806,00 €
5 OSA/OSS + INFERMIERE	<input type="checkbox"/> 5 OSA/OSS + INFERMIERE media intensità	50 ore OSS 2 accessi (ore) al giorno + 16 ore INF 1/7 accessi (ore) INF a sett.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h INF	1.958,00 €
6 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE	<input type="checkbox"/> 6 OSA/OSS + FISIOTERAPISTA + INFERMIERE alta intensità	25 ore OSS 1 accesso (ore) al giorno + 14 ore FKT 3/4 accessi (ore) FKT a sett. + 14 ore INF 3/4 accessi (ore) INF a sett.	€ 27,00/h OSS e € 38,00/h FKT e INF	1.739,00 €

Gli importi sono comprensivi di IVA (se dovuta) e dei costi relativi ai materiali/ausili, nonché dei DPI utilizzati dagli operatori

[parte a cura del BENEFICIARIO]

DENOMINAZIONE DELL'RSA/PROVIDER SCELTO DAL BENEFICIARIO [scrivere un nome dell'Al. A]:

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 _____



[parte a cura di ACOT]

DATA INIZIO BUONO SERVIZIO _____*

** In caso non vengano eseguiti tutti gli accessi previsti dal Piano di spesa entro 30 giorni dalla data di inizio del Buono servizio, saranno recuperabili, prorogando il termine di scadenza del Buono, solo gli accessi non eseguiti a causa di interruzione temporanea di massimo 30 giorni per un nuovo ricovero o per malattia del beneficiario, 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
Firma Direttore: Andrea Francalanci