

PROGETTI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON DISABILITA'

INDICAZIONI OPERATIVE:

- I micro-progetti dovranno essere volti a favorire ed incentivare i percorsi di autonomia di cittadini disabili seguiti e conosciuti dai Servizi Sociali dei Comuni della Zona Nord- Ovest e dai Servizi Sociali dell'ASL 10 Zona Nord Ovest;
- I fondi disponibili per il finanziamento dei progetti consentono di autorizzare un numero limitato di progetti in tutta la zona (al massimo 10-15), di durata temporanea e finalizzati ad uno specifico obiettivo;
- la somma massima erogabile per ciascun progetto è pari a massimo € 1.500 ;
- i progetti dovranno essere valutati entro il 31/3/2016 e attivati entro il 30/05/2016;

Gli obiettivi, tra i quali selezionare quello maggiormente rispondente ai bisogni delle persone in carico ai servizi, potranno riguardare:

- formazione (prendere la patente, corsi, percorsi di orientamento propedeutici al lavoro)
- socializzazione e ricreativi (partecipazione a gruppi organizzati per le uscite di tipo culturale/ricreativo: musei, mostre, cinema, teatro, uscite; partecipazione a gruppi che organizzano escursioni; partecipazione a gruppi che organizzano tornei e/o giochi di società)
- accompagnamento per attività specifiche, se il servizio trasporto non è attivabile in altro modo (la sera dopo cena, di domenica o giorni festivi)
- pratica sportiva e similare (iscrizione a corsi e attività in piscina o altro sport)

BENEFICIARI:

- cittadini disabili con riconoscimento di handicap in gravità ai sensi della L. 104/92, residenti nei comuni della Zona Nord-ovest, seguiti e conosciuti dai servizi sociali, con limitazioni dell'autonomia,
- in età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- persone in grado di essere coinvolti in modo partecipe e attivo nel progetto;

Sono esclusi dalla progettazione coloro per i quali siano in essere prestazioni analoghe, sostenute mediante altre fonti di finanziamento.

PROCEDIMENTO

I destinatari, individuati in base al possesso dei requisiti previsti dal presente atto, verranno coinvolti, nella fase di proposta del progetto, dall'Assistente sociale che svolgerà funzioni di "Case manager".

Per ogni progetto l'assistente sociale curerà l'istruttoria secondo le seguenti modalità:

1. Valutazione sociale e coinvolgimento del disabile ed , eventualmente, della sua famiglia;
2. Raccolta della seguente documentazione, da parte dell'Assistente sociale, e invio alla competente commissione UVM/H:
 - richiesta su modulistica SdS;
 - ISEE in corso di validità, con la modalità di ISEE ristretto finalizzato alle prestazioni socio-sanitarie, in base alla normativa vigente (pur non costituendo requisito di accesso rappresenta strumento di valutazione della condizione sociale);
 - scheda riassuntiva sulla situazione sociale,
 - dichiarazione attestante il possesso della certificazione di handicap in gravità, ovvero certificato di handicap,
 - proposta progetto sottoscritta dall'interessato o suo rappresentante (qui allegata);
 - preventivo delle spese afferenti al progetto proposto.

I progetti saranno valutati dalla Commissione UVM / H entro il 31 marzo 2016.

La valutazione terrà conto della situazione e dei bisogni dei beneficiari in relazione al costo previsto per il progetto.

Gli uffici amministrativi della SDS provvederanno a trasmettere risposta ai beneficiari e cureranno gli aspetti contabili. I contributi verranno erogati dalla SDS fino all'importo massimo previsto.

I soggetti beneficiari sono tenuti alla rendicontazione delle spese sostenute per la realizzazione del progetto consegnandone copia all'assistente sociale.



Società della Salute della Toscana

**SOCIETA' DELLA SALUTE
Zona Fiorentina Nord-Ovest**

Allegato B decreto n. 10 del 28.01.16

Progetto ministeriale in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità.

Progetto personalizzato di:

.....
nato il.....a.....
residente a.....in via.....

M.M.G. di riferimento.....

L.104/92 Hg in data

Diagnosi:.....

Invalidità Civile SI O% in data NO O

Diagnosi:.....

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

.....
.....
.....
.....

COSTI PREVISTI

.....
.....
.....

TEMPI PREVISTI PER ATTIVAZIONE E CONCLUSIONE

.....
.....

VERIFICHE PREVISTE DAL SERVIZIO SOCIALE

.....
.....

FIRME OPERATORI

.....
.....
.....

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....
FAMILIARI/TUTORE/AdS
.....

Scheda di valutazione sociale

Data _____ A.S. _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Data _____

F M

Cittadinanza _____ Nazionalità _____

Residente

a _____ Via _____ Domicilio _____

Telefono _____ email _____

Coniugato no si

Se straniero: Permesso di soggiorno Tipo e scadenza _____

Carta di soggiorno _____

Handicap l_ 104/92 in gravità (art 3 comma 3) si no in corso

Invalidità civile si % _____ no in corso

indennità d'accompagnamento si no in corso

Il soggetto vive: Solo Famiglia Centri residenziali handicap struttura d'accoglienza

Se vive in struttura: Denominazione della struttura

Nucleo familiare convivente

Cognome e nome	Età	Rapp. di parentela	Occupazione	A)I_C_ B)Disabile C)Non autosufficiente D)Patologie significative

Note (indicare situazioni di conflittualità e/o gravi situazioni sanitarie) _____

Tutela			
E' presente Tutore :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> In fase di istruttoria
Amministratore di sostegno:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> In fase di istruttoria
Curatore:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> In fase di istruttoria

Se Si: Dal _____ Cognome e Nome _____

Telefono _____ email _____

Condizioni abitative

Alloggio:		
<input type="checkbox"/> in affitto	<input type="checkbox"/> alloggio di edilizia popolare	<input type="checkbox"/> di proprietà
<input type="checkbox"/> uso gratuito	<input type="checkbox"/> presenza di camera/spazi a disposizione	
Presenza di barriere architettoniche:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Casa isolata:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Autonomia

Abilità negli spostamenti	
Deambulante	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (indicare eventuali ausili)
Si sposta in modo:	
1) <u>Autonomo/a</u>	
<input type="checkbox"/> Mezzi pubblici	<input type="checkbox"/> Bicicletta
<input type="checkbox"/> Motorino/Moto	<input type="checkbox"/> Auto (indicare il tipo di patente di guida _____)
<input type="checkbox"/> A piedi	<input type="checkbox"/> Altro
(specificare)	_____
2) <u>Solo se accompagnato/a</u>	
<input type="checkbox"/> Mezzi pubblici	<input type="checkbox"/> auto
<input type="checkbox"/> A piedi	
altro	_____
Uso del denaro	
Capacità di gestione del denaro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Comunicazione e socializzazione

- Sa leggere SI NO con difficoltà
- Sa scrivere SI NO con difficoltà
- Si esprime verbalmente in modo chiaro SI NO parzialmente
- Usa il P.C. SI NO
- E' in grado di usare il telefono SI NO

Tempo libero ed interessi

Attività prevalenti

- In casa: Sta a letto Musica Attività domestiche
- TV Lettura P.C. Sport
- amici Cinema/Discoteca
- Altro (specificare) _____

Percorso scolastico e formativo

Titolo di studio _____

- Scuola Elementare Scuola Media Scuola Media Superiore
- Scuola Professionale Università Altro

Iscrizione al collocamento mirato SI dal _____ NO

Esperienze lavorative in corso: _____

Precedenti esperienze lavorative (ruolo, periodo) _____

PRESTAZIONI SOCIALI O SOCIO-SANITARIE IN CORSO

