

Voucher sociale Disabili per la realizzazione di interventi domiciliari a favore di persone disabili residenti nei comuni dell'ambito territoriale n.6 Monte Orfano.

**Programma di intervento**

Sig./ra \_\_\_\_\_

**Ore settimanali del programma  
assistenziale**

**N° ore/giornate**

**Durata del programma**

Area dell'assistenza alla persona		
Area delle prestazioni domestiche		
Area disbrigo pratiche/accompagnamenti ecc.		
Area vita di relazione e socializzazione		
Area sollievo presso strutture		

**Totale**

*Area assistenza alla persona*

**Tipo d'intervento**

**Periodicità giornaliera**

**Tempo dell'intervento**

1. Alzata		
2. Cura della persona		
3. Bagno		
4. Rimessa a letto		
5. Mobilizzazione		
6. Aiuto all'assunzione farmaci		
7. Aiuto nell'assunzione del pasto		

*Area cura della casa / prestazioni domestiche*

**Tipo d'intervento**

**Periodicità giornaliera**

**Tempo dell'intervento**

1. Aiuto nella preparazione del pasto		
2. Cura della casa		

*Area disbrigo  
pratiche/accompagnamenti*

**Tipo d'intervento**

**Periodicità giornaliera**

**Tempo dell'intervento**

1. Accompagnamenti		
2. Commissioni		

Area vita di relazione

**Tipo d'intervento**

**Periodicità giornaliera**

**Tempo dell'intervento**

1. partecipazione ad attività ludiche aggregative; promozione della socializzazione e dell'integrazione nel contesto familiare e sociale.		
2. stimolare il mantenimento delle autonomie residue.		
3. orientare alla rete dei servizi		

**Tempi di verifica**

DATE STABILITE

Mensile		
Ogni 2 mesi		
Trimestrale		
Semestrale		

**Modalità di verifica**

DATE STABILITE

Visita domiciliare		
Colloquio con persona referente		
Visita congiunta con operatore di riferimento		
Incontro con coord. ditta accreditata		

**Note**

---

---

---

---

---

Firma dell'Assistente Sociale /Operatore Referente \_\_\_\_\_

Firma dell'utente / persona di riferimento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Al Servizio Sociale del Comune di

---

Oggetto: **Scelta del fornitore del voucher sociale disabili per interventi domiciliari nella modalità dell'accreditamento.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di familiare del/la  
Sig./ra \_\_\_\_\_ fruitore del **voucher sociale disabili** per :

- **prestazioni di assistenza educativa a favore di persone disabili** residenti nei comuni dell'ambito territoriale n.6 Monteorfano;
- **prestazioni di assistenza domiciliare a favore di persone disabili** residenti nei comuni dell'ambito territoriale n.6 Monteorfano;

erogati dal Comune di \_\_\_\_\_ ,

**dichiara**

di essere stato informato sulle procedure di erogazione del voucher sociale disabili nella “**modalità dell'accreditamento**” e di accogliere la proposta di erogazione del servizio in tal senso.

A tal fine dichiara di scegliere la ditta/Cooperativa per l'effettuazione del Servizio:

- Ditta a) \_\_\_\_\_;
- Ditta b) \_\_\_\_\_;
- Ditta c) \_\_\_\_\_;
- Ditta d) \_\_\_\_\_.

In Fede

---

*Data* \_\_\_\_\_

Egr. Sig./Gent.ma Sig.ra

\_\_\_\_\_

e.p.c.

Spett.le Ditta

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO DEL VOUCHER SOCIALE DISABILI PER INTERVENTI DOMICILIARI**

Con la presente si autorizza la fruizione del voucher sociale disabili per interventi domiciliari nella modalità dell'accREDITAMENTO per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per la fruizione di un massimo di \_\_\_\_\_ ore mensili/settimanali esclusivamente per gli interventi / prestazioni previsti dal Piano Assistenziale Individualizzato elaborato dal Servizio Sociale del Comune scrivente in favore del/l Sig./ra \_\_\_\_\_ nato a/il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

La presente autorizzazione è stata rilasciata in data \_\_\_\_\_ al titolare dell'intervento che ha indicato quale fornitore del servizio la seguente ditta accreditata:

Ditta \_\_\_\_\_

L'ASSISTENTE SOCIALE

\_\_\_\_\_

**Modifica del programma assistenziale individualizzato – utenza in accreditamento**

Sig./ra \_\_\_\_\_

Ore settimanali del programma assistenziale	N° ore/giornate	Durata del programma
---	-----------------	----------------------

Area dell'assistenza alla persona		
Area delle prestazioni domestiche		
Area disbrigo pratiche/accompagnamenti ecc.		
Area vita di relazione e socializzazione		
Area sollievo presso strutture		

**Totale****Area assistenza alla persona**

Tipo d'intervento	Periodicità giornaliera	Tempo dell'intervento
-------------------	-------------------------	-----------------------

1. Alzata		
2. Cura della persona		
3. Bagno		
4. Rimessa a letto		
5. Mobilizzazione		
6. Aiuto all'assunzione farmaci		
7. Aiuto nell'assunzione del pasto		

**Area cura della casa / prestazioni domestiche**

Tipo d'intervento	Periodicità giornaliera	Tempo dell'intervento
-------------------	-------------------------	-----------------------

1. Aiuto nella preparazione del pasto		
2. Cura della casa		

**Area disbrigo pratiche/accompagnamenti**

Tipo d'intervento	Periodicità giornaliera	Tempo dell'intervento
-------------------	-------------------------	-----------------------

1. Accompagnamenti		
2. Commissioni		

**Area vita di relazione**

**Tipo d'intervento****Periodicità giornaliera****Tempo dell'intervento**

1. partecipazione ad attività ludiche aggregative; promozione della socializzazione e dell'integrazione nel contesto familiare e sociale.		
2. stimolare il mantenimento delle autonomie residue.		
3. orientare alla rete dei servizi		

**Tempi di verifica**

DATE STABILITE

Mensile		
Ogni 2 mesi		
Trimestrale		
Semestrale		

**Modalità di verifica**

DATE STABILITE

Visita domiciliare		
Colloquio con persona referente		
Visita congiunta con operatore di riferimento		
Incontro con coord. ditta accreditata		

**Note**


---



---



---



---



---

Firma dell'Assistente Sociale/Operatore Referente \_\_\_\_\_

Firma dell'utente / persona di riferimento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## **ALLEGATO 6**

Al Servizio Sociale del Comune di

---

**Oggetto: Rilievo in merito all'erogazione del voucher sociale disabili per interventi domiciliari.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di familiare dell'utente  
\_\_\_\_\_, fruitore del voucher sociale disabili nella modalità  
dell'accreditamento avanza il seguente rilievo in merito al servizio fruito:

- erogazione del servizio in giornata non concordata dal programma assistenziale;
- erogazione del servizio in fascia oraria non concordata dal programma assistenziale individualizzato, in quanto:
  1. in anticipo \_\_\_\_\_
  2. in ritardo \_\_\_\_\_
  3. altro \_\_\_\_\_;
- estrema variabilità settimanale;
- sostituzione non concordata del personale che fornisce la prestazione.
- non viene effettuata la prestazione concordata (indicare data);
- mancato intervento (indicare data) \_\_\_\_\_.

Firma

---

Data \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 7**

Al Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_

Alla ditta \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Revoca del fornitore del voucher sociale disabili per interventi domiciliari nella modalità dell'accREDITAMENTO.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di familiare del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ fruitore del voucher sociale disabili per interventi domiciliari erogato dal Comune di \_\_\_\_\_,

**dichiara di revocare**

il fornitore scelto per l'erogazione del voucher sociale disabili nella "modalità dell'accREDITAMENTO" e specificatamente la Ditta \_\_\_\_\_ per la seguente motivazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_



**ALLEGATO 8**

Palazzolo s/O \_\_\_\_\_

Spett.le Ditta  
\_\_\_\_\_

**Oggetto:** Revoca dell'autorizzazione a fruire del buono servizio per l'erogazione del voucher sociale disabili per interventi domicili nella modalità dell'accreditamento.

Con la presente si comunica che, su richiesta dell'interessato, con decorrenza \_\_\_\_\_ viene revocata l'autorizzazione a fruire del buono servizio per l'erogazione del voucher sociale disabili per interventi domiciliari presso la vostra ditta da parte del Sig. \_\_\_\_\_.

L'ASSISTENTE SOCIALE  
\_\_\_\_\_

## **ALLEGATO 9**

Egr. Sig./Gent.ma Sig.ra

---

**Oggetto:** costo del voucher sociale disabili per interventi domiciliari

In riferimento all'autorizzazione alla fruizione del voucher sociale disabili per interventi domiciliari, con la presente si comunica che il costo orario a carico del cittadino è pari a € \_\_\_\_\_ orari per un complessivo di euro \_\_\_\_\_ giornaliero/settimanale/mensile con decorrenza \_\_\_\_\_ e termine il \_\_\_\_\_.

A disposizione per ulteriori chiarimenti si porgono distinti saluti.

L'ASSISTENTE SOCIALE

---

**ALLEGATO 10**

Spett.le Ditta/Cooperativa

---

Spett.le Ufficio di Piano  
c/o Comune di Palazzolo sull'Oglio

---

**Oggetto:** Indicazioni in merito alle modalità di fatturazione del costo del Servizio.

Con la presente si comunica che il voucher sociale disabili fruito dal Sig. \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_ previsto fino al \_\_\_\_\_ dovrà essere fatturato con le seguenti modalità:

1. nella misura di € \_\_\_\_\_ + IVA al Comune di \_\_\_\_\_;
2. nella misura di € \_\_\_\_\_ + IVA al Comune di Palazzolo sull'Oglio;

OPPURE

3. nella misura di € \_\_\_\_\_ + IVA al Comune di \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

L'ASSISTENTE SOCIALE

---