Al Comune di Pordenone - Ente Gestore

in avvalimento Servizio Sociale Dei Comuni

Settore III - Piazzetta Calderari, 2

33170 PORDENONE

Allegato alla *Domanda di Accesso ai servizi socio-assistenziali –* ***INTEGRAZIONE****:Scelta nuovo soggetto erogatore*

**SERVIZIO SAD IN ACCREDITAMENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il Sottoscritto:** | | | Cognome | | | |  | | | | | | | | | Nome | | |  | | |
| Cod. Fisc. |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |

ai fini della emissione di un buono servizio per la fruizione del Servizio SAD,

⬜ per sé,

⬜ in qualità di richiedente il Servizio per conto di

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signor/Signora** | | | Cognome | | | |  | | | | | | | | | Nome | | |  | | |
| Cod. Fisc. |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | (generalità estese Indicate  nella domanda di accesso) |

**REVOCA L’ORGANISMO ACCREDITATO INDICA COME NUOVO SOGGETTO PRESCELTO**

⬜ ACLI Coop. Sociale ⬜ ACLI Coop. Sociale

⬜ FAI Coop. Sociale ⬜ FAI Coop. Sociale

⬜ ITACA Coop. Sociale ⬜ ITACA Coop. Sociale

⬜ UNIVERSIIS Coop. Sociale ⬜ UNIVERSIIS Coop. Sociale

**AUTORIZZA** l’utilizzo della presente comunicazione ai fini dell’avvio del servizio (registrazione del soggetto prescelto nelle applicazioni informatiche in uso presso il Servizio Sociale dei Comuni, trasmissioni al medesimo soggetto prescelto di copia del buono servizio emesso):

**SI IMPEGNA**, per le finalità sopra indicate, a comunicare per iscritto al Servizio Sociale dei Comuni l’eventuale e successiva intenzione di avvalersi di un diverso soggetto accreditato.

**SI IMPEGNA,** in caso di accesso al servizio ed emissione del buono servizio, a:

* Sottoscrivere con il soggetto prescelto idoneo contratto di servizio per l’erogazione delle prestazioni previste;
* Sottoscrivere mensilmente, su apposito modulo fornito dal soggetto prescelto, date e orari delle prestazioni beneficiate;
* Garantire, nel caso di condizioni di non autosufficienza del beneficiario, la presenza di propri “care givers”, all’inizio e al termine della prestazione programmata;
* Accettare, in difetto di quanto garantito al punto precedente, qualora ciò comportasse l’impossibilità di erogare la prestazione (mancato accesso al domicilio da parte dell’operatore) oppure il trattenimento dello stesso oltre il tempo previsto, ad accettare il relativo addebito temporale (minutaggio effettivo di presenza) a valere sul monte ore del buono servizio non ancora utilizzato, o in difetto, a corrispondere la differenza al soggetto erogatore secondo i prezzi convenzionali.

**SI DICHIARA INFORMATO** che:

* la revoca dell’Organismo accreditato prescelto deve essere formulata per iscritto ed indirizzata sia al medesimo sia all’Ente Gestore del Sevizio Sociale dei Comuni (Servizio Sociale Professionale - SAD);
* l’atto di revoca sospende l’erogazione delle prestazioni e degli interventi previsti nel buono servizio da parte dell’Organismo revocato;
* la scelta del nuovo Organismo deve essere comunicata e sottoscritta da parte del beneficiario o del richiedente il servizio, all’Ente Gestore del Sevizio Sociale dei Comuni (Servizio Sociale Professionale - SAD) tramite in presente modulo;
* l’erogazione delle prestazioni e degli interventi sospesi in seguito a revoca potrà essere effettuata dal nuovo Organismo prescelto solo a seguito di emissione di un nuovo Buono Servizio, previo verifiche amministrative da parte dell’Ente Gestore de Servizio Sociale dei Comuni;

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ore residue** |  | | Tipologia  A | |  | | Tipologia  B | |  | Funzionario Amministrativo contabile (data e firma) | | | |
| **CARATTERISTICHE DEL BUONO SERVIZIO SOSTITUTIVO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **Totale ore** | | **Periodo di fruizione** | | dal | | al | | **Tipologia A** | | ore |  | Rap. Op./Ut. |  |
|  | |  | |  | | **Tipologia B** | | ore |  | Rap. Op./Ut. |  |

**TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI:**

1. **Tipologie di intervento erogabili solo da personale in possesso di titolo OSS**

Cura della persona

* CP1 Accompagnamento per esigenze sanitarie
* CP2 Trasporto per esigenze sanitarie
* CP3 Igiene persona in bagno
* CP4 Igiene persona a letto
* CP5 Igiene persona altro
* CP6 Aiuto alzata e/o messa a letto
* CP7 Aiuto a vestirsi/svestirsi
* CP8 Aiuto assunzione pasti/colazioni
* CP10 Prestazioni straordinarie e/o d’emergenza
* CP11 Aiuto programmi di riattivazione fisica

Attivazione di collaborazioni

* AC1 Figure parentali e sociali
* AC2 Figure sanitarie

Monitoraggio

* M1 Monitoraggio di situazioni di fragilità/rischio
* M2 Monitoraggio/visita assistito in struttura
* M3 Sorveglianza

1. **Tipologie di intervento erogabili da personale in possesso di titolo diverso da OSS**

Cura della persona

* CP9 Prestazioni igienico sanitarie di semplice esecuzione

Governo della casa

* GC1 Pulizia e riordino alloggio
* GC2 Rifacimento letto e cambio biancheria
* GC3 Lavaggio e stiratura biancheria
* GC4 Consegna e ritiro biancheria
* GC5 Preparazione pasti
* GC6 Consegna pasti preconfezionati
* GC7 Spese e rifornimenti vari

Vita di relazione

* VR1 Accompagnamento per esigenze socioassistenziali
* VR2 Trasporto per esigenze socioassistenziali
* VR3 Promozione e sostegno per l’accesso all’attività di socializzazione

Attivazione di collaborazioni

* AC3 Disbrigo pratiche varie

Assistente Sociale proponente (data e firma)

dott./dott.ssa (indicare)

Si approva emissione buono Servizio

a.s dott.ssa Lucilla MORO (data e firma)

Funzionario incaricato di P.O.