

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE Progetto "MEGLIO A CASA"
CONFERENZA DEI SINDACI DI ASL 1 IMPERIESE

Data prevista di dimissione:

Operatore:

Telefono:

COGNOME: _____ NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ CODICE FISCALE: _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: _____ COMUNE: _____

DOMICILIO (se diverso da residenza) _____

CAP: _____ TELEFONO: _____

Raggiungibile con mezzi di trasporto pubblico: si ☐ no ☐

DSS 1 ☐ DSS 2 ☐ DSS 3 ☐

Persona di riferimento e telefono: _____

MMG: _____ Num. telefono/cellulare: _____

email: _____

Dimissionario/a da:

Ospedale di _____

☐ Pronto Soccorso ☐ Obi/Degenza Breve ☐ Reparto _____

☐ Altro (specificare) _____

Vive:

☐ solo/a

☐ solo/a ma con rete parentale e/o amicale di supporto _____

☐ vive con (specificare) _____

Ha Fondo Regionale Non Autosufficienza: si ☐ no ☐

Ha indennità di accompagnamento: si ☐ no ☐

Ha figli? Se si quanti? _____

Ha animali in casa: ☐ si ☐ (specificare) _____ ☐ no

Stato di autonomia nella mobilità:

cammina autonomamente ☐ cammina con aiuto ☐ in carrozzella ☐ allettato

pesatura robusta (>70 kg): ☐ no ☐ si Se sì, quanti kg? _____

funzione cognitiva: ☐ adeguata e collaborante ☐ parzialmente collaborante ☐ disorientata

VALUTAZIONE AGED:

UTILIZZO DPI: si ☐ no ☐

già in carico ATS, indicare Assistente Sociale e ATS _____

segnalazione Cure Domiciliari per presa in carico _____

PROGETTO DI DIMISSIONE:

si richiede attivazione assistenza familiare (l'assistente può essere uomo o donna) per:

assistenza familiare per (max 36 ore settimanali dalle 08.00 alle 20.00 – escluso i festivi e con

giorno di riposo la domenica nella misura di

☐ 8 ore settimanali

☐ 25 ore settimanali

☐ 36 ore settimanali

dal _____ alle _____ ☐ mar dalle _____ alle _____ ☐ mer dalle _____ alle _____

dal _____ alle _____ ☐ ven dalle _____ alle _____ ☐ sab dalle _____ alle _____

assistenza familiare in convivenza - obbligatorio disponibilità di camera con letto; 10 ore

settimanali non consecutive (n°2 ore di riposo) dal lunedì al venerdì, il sabato solo dalle ore 8:00 alle ore

12:00 (tot. N°54 ore lavorative). L'assistente deve poter usufruire di alloggio e vitto adeguato. Riposo

settimanale di 36 ore, dal sabato alle ore 12:00 al lunedì mattina alle ore 8:00.

PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO CONDIVISO:

supporto nel periodo di post acuzie e riacquisizione delle autonomie residue

definizione e stabilizzazione del progetto di assistenza familiare a domicilio

inserimento in struttura (si intende struttura definitiva o RSA post acuto solo per paziente senza carico)

altro _____

PRESTAZIONI RICHIESTE:

aiuto all'igiene

aiuto alla mobilitazione

pagare la spesa

preparazione dei pasti

igiene ambientale ordinaria (non pulizie straordinarie)

sorveglianza alla terapia (non somministrazione farmaci né terapia iniettoria)

altro _____

NOTE:

IL CAREGIVER REFERENTE:

Cognome: _____ Nome: _____
Telefono: _____ email: _____
Grado di parentela o tipo di relazione: _____

si impegna a:

- garantire la continuità assistenziale negli orari **non coperti** dalla presenza dell'assistente familiare del progetto "Meglio a casa";
- garantire il mantenimento dei rapporti con il medico curante, con i servizi territoriali sanitari, con il Consorzio AGORA/Cooperativa Sociale JOBEL quale gestore del servizio e con l'operatore ospedaliero proponente il progetto;
- garantire la fornitura dei farmaci necessari all'assistito e la loro corretta somministrazione;
- garantire la fornitura al domicilio dell'assistito di quanto necessario allo svolgimento della attività dell'assistente familiare (ad es. guanti monouso): _____
- garantire l'accesso c/o l'abitazione del beneficiario alla Coordinatrice delle Assistenti Familiari e ad altro personale dei servizi sociali e sanitari eventualmente coinvolti che si occuperanno di monitorare l'evoluzione del progetto in essere;
- segnalare alla Coordinatrice delle Assistenti Familiari (tel 366 698 5636) qualsiasi problema c/o difficoltà che si venisse a creare nel rapporto con l'assistente familiare al fine di rendere il servizio ottimale.

dichiara inoltre:

Il beneficiario ☐ non usufruisce di assistenza privata in modo continuativo

Firma e data, _____

Il caregiver referente _____

RECLAMI E SUGGERIMENTI

I c/o eventuali suggerimenti, possono essere inviati a:

Comune di Sanremo Distretto Socio Sanitario 2 Sanremese Email dss2@comunedisanremo.it

Cooperativa Sociale Jobel email progettomac.jobel@gmail.com – tel 366 698 5636

DATORE DI LAVORO
(se diverso dal beneficiario)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____ residente a _____
via _____ CAP _____
cell _____ email _____

documento di riconoscimento e tessera sanitaria/codice fiscale allegati in copia

in qualità di:

- ☐ parente del richiedente (grado di parentela) _____
☐ amministratore di sostegno _____

delega

- a) il Comune di Sanremo ad accreditare sul c/c _____ intestato
a _____ CF/Partita IVA _____ la quota a me assegnato
per il pagamento della remunerazione dell'assistente familiare e dei contributi relativi al progetto "Meglio a Casa" (durata prestabilita massima 30 giorni);
b) il Consorzio Agorà/Cooperativa Jobel a corrispondere, per mio conto e per il periodo effettivo di
svolgimento del progetto (durata massima 30 giorni), la remunerazione dovuta e i relativi contributi
all'assistente familiare da me assunto nell'ambito del progetto "Meglio a Casa";

si impegna a:

favorire il buon andamento del progetto collaborando alla sua realizzazione e mettendo a disposizione il materiale necessario allo svolgimento delle prestazioni previste.

E' consapevole che l'articolo 75 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000 (DPR 28 dicembre 2000, n. 445 *Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa*, e successive modificazioni) punisce la non veridicità delle dichiarazioni rese con decadenza dei benefici goduti e che in base all'articolo 76 del medesimo decreto le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Informativa Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

(codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n.196/2003 i dati forniti verranno trattati per il procedimento amministrativo del progetto "Meglio a Casa"; il conferimento di tali dati è obbligatorio per consentire lo svolgimento dell'iter procedimentale. Il consenso al trattamento si intende dato all'atto della presa in carico.

Luogo e data, _____

Firma del datore di lavoro _____

Firma dell'operatore _____