

PATTO DI SERVIZIO

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n. 8/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via/Piazza _____ appartenente a Distretto socio-sanitario di _____ e-mail:

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari;
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente competente;
- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della l. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. del 2018, esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. 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. 445/00 e s.m.i.;

DICHIARA

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

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

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:

- INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui
- SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;

3. di accettare i seguenti servizi:

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

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;

5. di accettare quanto di seguito descritto:

- il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.

6. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;

7. di impegnarsi a comunicare Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

(2018.36.2185)102

Comune di Bronte Prov. CT prot. n0007802 del 20-04-2020 in arrivo

COMUNE DI BRONTE

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Generalità del beneficiario di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate all'assistenza socio-sanitaria :

Cognome _____ Nome _____ Luogo e data di nascita _____
 _____ residenza _____
 _____ tel. _____

Familiare referente del progetto : _____

FINALITA':

- Favorire, quanto più possibile, la permanenza del soggetto anziano nel proprio ambiente naturale;
- evitare di turbare determinati equilibri familiari;
- evitare di ricorrere a forme di ricovero o di ospedalizzazione, ove queste non siano strettamente indispensabili.

OBIETTIVI:

- Riguardo al beneficiario: fornire prestazioni di carattere socio-assistenziale presso il suo domicilio.
- Riguardo ai suoi familiari: affiancare, integrare e rafforzare la loro funzione di cura ed assistenza.

Azioni e/o Prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie:

- Levata assistita con passaggio dell'utente letto/carrozzina e viceversa;
- vestizione/vestizione assistita;
- spostamento nell'ambito domestico per soddisfacimento bisogni fisiologici fondamentali;
- igiene personale sia ordinaria che straordinaria;
- frizioni cutanee e mobilizzazione passiva su indicazione sanitaria;
- disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi;
- igiene dell'ambiente domestico;
- igiene cambio della biancheria;
- igiene del vestiario, stiratura e piccoli lavori di cucito;
- approvvigionamento generi di prima necessità;
- preparazione e/o somministrazione del pasto a domicilio;
- preparazione e supervisione terapie orali su indicazione sanitaria;

N° _____ ore settimanali: per lo svolgimento delle prestazioni sopra indicate

Modalità di attuazione:

Figure professionali previste : _____

Il Servizio verrà espletato nel seguente modo:

Dalle ore _____ alle _____

Costo/ore: Ass. Domiciliare livello €. _____

Totale ore da espletare: _____

Costo totale del Servizio: €. _____

Ente no profit iscritto all'albo distrettuale, di cui si avvale il beneficiario o i suoi familiari per l'acquisizione delle prestazioni assistenziali domiciliari individuate:

L'Ente no profit mensilmente invierà all'Ufficio di Servizio Sociale Professionale del Comune la le relative schede di verifica. Il suddetto Ufficio entro 10 giorni dalla recezione della sopra indicata documentazione provvederà a verificare la conformità delle prestazioni erogate al PAI , dandone relativa comunicazione all'Ente no profit per la presentazione della fattura relativa alla liquidazione delle somme spettanti all'Ente no profit.in relazione alle ore di attività prestate.

Durata dal _____ al _____

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Servizio Sociale Professionale Comune :

Il Beneficiario e/o il Familiare

Organismo e/o Ente no profit

Data/...../.....



ALLEGATO N° 3

COMUNE DI BRONTE

Albo soggetti accreditati nel Distretto Socio Sanitario n. 15 per lo svolgimento di servizi socio assistenziali per l'affidamento dei servizi domiciliari. Anziani e progetto Home Care Premium 2019 per le prestazioni integrative

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 15

Allegato alla Determina n. 122 del 21.06.2019

COMUNE di: BRONTE - MALETTO - MANIACE - RANDAZZO

DENOMINAZIONE DELL'UTENTE	INDIRIZZO	N° TELEFONICO
SOCIETA' COOPERATIVA ORIZZONTI	VIA A. MUSCO, 3 - CATANIA	095/695094
SOCIETA' COOPERATIVA LA COMETA	V/le LAZIO, 53 - MALETTO	095/698772
COOPERATIVA SAN FRANCESCO s.c.s.	VIA DEGLI OLEANDRI, 30 CALATAGIRONE	0933/22378
ASSOCIAZIONE IALITE ONLUS	V/le SANT'ANDREA 56 - MANIACE	3296221344
SOCIETA' COOPERATIVA NIDO D'ARGENTO	VIA CAVALIERI DI VITTORIO VENETO, 15 - PARTINICO	091/8907130
SOCIETA' COOPERATIVA ISIDE	VIA MARCHIANO, 2 CARINI	091/8149074
SOCIETA' COOPERATIVA MEDEA	VIA ESTERNA MONTE CAPUTO, 1 - MONREALE	091/6406834
CONSORZIO Sol.Co.	VIA P. CARRERA, 23 CATANIA	095/355353
COOPERATIVA SOCIALE EUROSERVICE	CORSO MARGHERITO 175 - MANIACE	095/690698
SOC. COOP. AZIONE SOCIALE	VIA SAN VITO s.n. CACCAMO	091/8148432
SOC. COOPERAT. ELISAL	P.ZZA S. MARIA DELLA GUARDIA, 11 CATANIA	095/371039
SOCIETA' COOP. IRIDE s.c.s.	P.ZZA CARLO ALBERTO, 49 SCORDIA	0933/1863004
SOCIETA' COOPERATIVA INFOMEDIA	VIA BRANCATI, 14 CATANIA	095/505303

Il Capo della IV^a Area
Dott. Biagio Meli



ALLEGATO N. 3 Q

COMUNE DI BRONTE**Albo soggetti accreditati nel Distretto Socio Sanitario n. 15 per lo svolgimento di servizi socio assistenziali per l'affidamento dei servizi domiciliari.****Disabili****DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 15**

Determina N° 108 del 30/05/2019

COMUNE di: BRONTE - MALETTO - MANIACE - RANDAZZO

DENOMINAZIONE DELL'UTENTE	INDIRIZZO	N° TELEFONICO
SOCIETA' COOPERATIVA ORIZZONTI	VIA A. MUSCO, 3 - CATANIA	095/695094
SOCIETA' COOPERATIVA LA COMETA	V/le LAZIO, 53 - MALETTO	095/698772
COOPERATIVA SAN FRANCESCO s.c.s.	VIA DEGLI OLEANDRI, 30 CALATAGIRONE	0933/22378
ASSOCIAZIONE IALITE ONLUS	V/le SANT'ANDREA 56 - MANIACE	3296221344
SOCIETA' COOPERATIVA NIDO D'ARGENTO	VIA CAVALIERI DI VITTORIO VENETO, 15 - PARTINICO	091/8907130
SOCIETA' COOPERATIVA ISIDE	VIA MARCHIANO, 2 CARINI	091/8149074
SOCIETA' COOPERATIVA MEDEA	VIA ESTERNA MONTE CAPUTO, 1 - MONREALE	091/6406834
CONSORZIO Sol.Co.	VIA P. CARRERA, 23 CATANIA	095/355353
COOPERATIVA SOCIALE EUROSERVICE	CORSO MARGHERITO 175 - MANIACE	095/690698
SOC. COOP. AZIONE SOCIALE	VIA SAN VITO s.n. CACCAMO	091/8148432
SOC. COOPERAT. ELISAL	P.ZZA S. MARIA DELLA GUARDIA, 11 CATANIA	095/371039
SOCIETA' COOP. IRIDE s.c.s.	P.ZZA CARLO ALBERTO, 49 SCORDIA	0933/1863004

Il Capo della IV^a Area
Dott. Biagio Mireli

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI BRONTE D 15 (allegato 4)

Disabilità grave - D.P.R. 289/18 - attivazione patto di servizio

VOUCHER

BUONO/ORDINATIVO DI SERVIZIO N. _____

SPENDIBILE PRESSO: _____

DA PARTE DEL/LA SIG./RA _____

NAT_ / _A _____ IL _____

RESIDENTE IN VIA _____ N. _____

TEL. : _____

SECONDO IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO DEL _____

RIMBORSABILE DAL COMUNE DI BRONTE

PRESTAZIONI DA EROGARE: _____

ORE MENSILI DA EROGARE: _____

COSTO ORARIO DELLE FIGURE PROFESSIONALI IMPEGNATE:

O.S. A.: € 17,73 O.S.S.: € 18,37

TOTALE ORE DA EROGARE : _____

COSTO TOTALE DEL SERVIZIO: € _____

_____ LI _____

PER ACCETTAZIONE

IL RESPONSABILE DELLA COOPERATIVA

IL BENEFICIARIO /O FAMILIARE

IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE
