



- copia della fattura intestata al beneficiario della prestazione, rilasciata dall'organismo del III° settore ove dovrà essere indicato il mese in cui è stato effettuato lo svolgimento del servizio;
- copia della fattura intestata al beneficiario della prestazione, rilasciata dal Centro Diurno, ove dovrà essere indicato il mese in cui è stato effettuato lo svolgimento del servizio.
- al pagamento delle spese di assistenza esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del Servizio Sociale competente idonea documentazione;
- a riconoscere al Servizio Sociale competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato.

Il Beneficiario è stato informato che:

- la consegna della documentazione suddetta oltre i termini stabiliti comporterà la liquidazione del compenso spettante unitamente a quello del mese successivo;
- la mancata presentazione della documentazione suddetta comporterà l'impossibilità per il Servizio Sociale a provvedere alla liquidazione del contributo e la conseguente revoca del beneficio concesso;
- qualora l'importo erogato mensilmente al personale di assistenza fosse inferiore rispetto all'entità dell'assegno di cura riconosciuto dalla Commissione, verrà rimborsato solamente l'importo risultante dalla documentazione prodotta.

Il beneficiario si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione che comporti il venir meno del diritto al contributo.

Il beneficio decade dal giorno in cui vengono meno le condizioni che hanno dato diritto all'assegnazione o dal giorno dell'avvenuta revoca.

Il beneficiario dichiara di accettare che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, il Servizio Sociale gli contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione. Trascorso inutilmente tale termine si potrà procedere alla revoca del contributo ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate.

Il beneficiario, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

Li, .....

**Per il Comune  
Assistente Sociale**

**Il beneficiario o Rappresentante Legale**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SCHEMA DI VALUTAZIONE SANITARIA**  
**AVVISO PUBBLICO PER INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE AFFETTE DA MALATI DI**  
**ALZHEIMER**

NOMINATIVO BENEFICIARIO: .....

COMUNE DI RESIDENZA .....

DOMANDA PROT. N. .... DEL .....

**VALUTAZIONE SANITARIA**

1.	CRITERI	Punteggio
	<b>SITUAZIONE SANITARIA</b>	<b>fino a punti 30</b>
	CDR <= 2	Punti 20
	CDR =3	Punti 30
	<b>PUNTEGGIO ATTRIBUITO</b>	

ANNOTAZIONI: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Data,.....

Il Medico

.....



**SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE**  
**AVVISO PUBBLICO PER INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE AFFETTE DA MALATTIA DI**  
**ALZHEIMER**

NOMINATIVO BENEFICIARIO: .....

COMUNE DI RESIDENZA .....

DOMANDA PROT. N. .... DEL .....

RICEVUTA N. .... DEL .....(solo per domande presentate su piattaforma online)

IMPORTO ISEE.....

VALUTAZIONE SOCIALE :

	CRITERI		Punteggio
<b>1</b>	<b>SITUAZIONE SOCIALE</b>		<b>fino a punti 70</b>
<b>1.a</b>	<b>Situazione abitativa e assistenziale</b>		<b>fino a punti 60</b>
	Vive <u>privo</u> di assistenza certificata		Punti 60
	Vive solo con assistenza certificata		Punti 50
	Vive in nucleo familiare <u>privo</u> di assistenza certificata		Punti 40
	Vive in nucleo familiare con assistenza certificata		Punti 30
	<b>PUNTEGGIO ATTRIBUITO</b>		
<b>1.b</b>	<b>Condizione economica</b>		<b>fino a punti 10</b>
	I.S.E.E.	PUNTEGGIO	
	da € 0,00 a € 3.000,00	Punti 10	
	da € 3.000,01 a € 5.000,00	Punti 9	
	da € 5.000,01 a € 7.000,00	Punti 8	
	da € 7.000,01 a € 9.000,00	Punti 7	
	da € 9.000,01 a € 11.000,00	Punti 6	
	da € 11.000,01 a € 13.000,00	Punti 5	
	da € 13.000,01 a € 15.000,00	Punti 4	
	da € 15.000,01 a € 17.000,00	Punti 3	
	da € 17.000,01 a € 19.000,00	Punti 2	
	da € 19.000,01 a € 20.000,00	Punti 1	
	> € 21.000,00	Punti 0	
	<b>PUNTEGGIO ATTRIBUITO</b>		
	<b>PUNTEGGIO COMPLESSIVO ATTRIBUITO (1.a + 1.b)</b>		

**PRESTAZIONE RICHIESTA :**

**ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRECTA FORNITA DA:**

- organismo del terzo settore;
- personale di assistenza;
- centro diurno.

**LETTI DI SOLLIEVO**

**CAFFE ALZHEIMER**

Specificare la fascia di età del richiedente barrando la relativa casella:

da 35 a 44 anni	da 45 a 54 anni	da 55 a 64 anni	da 65 a 74 anni	da 75 anni e oltre
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

**ANNOTAZIONI:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

Si dichiara di aver verificato la sussistenza dei requisiti previsti dal relativo avviso pubblico per l'ammissibilità della domanda ( attestazione ISEE corretta, presenza di tutta la documentazione richiesta dal bando, ecc)

Data,

L'Assistente Sociale

.....