

PIANO DI ZONA Distretto Sociale Est Milano

COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

Allegato 5

AL COMUNE DI _____

DICHIARAZIONE VARIAZIONE REQUISITI PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – APPLICAZIONE DGR 2862/2020 – MISURA B2

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ via _____

TEL. _____ CELL. _____

MAIL _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO **del**

sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ Via _____

DICHIARA

che il beneficiario della misura _____ **ha perso i requisiti per l'erogazione della misura previsti dai**

Criteri Distrettuali a causa di:

CAMBIO RESIDENZA DEL BENEFICIARIO IN ALTRO COMUNE FUORI DALL'AMBITO DISTRETTUALE IN DATA _____

CAMBIO RESIDENZA DEL CARE GIVER IN RESIDENZA DIVERSA DAL BENEFICIARIO ASSISTITO IN DATA _____

RICOVERO IN STRUTTURA A LUNGODEGENZA - data ricovero: _____

DECESSO DEL BENEFICIARIO DATA _____

INTERRUZIONE DELL'INTERVENTO PREVISTO DAL PAI PER UN PERIODO CONTINUATIVO SUPERIORE AI 60 GIORNI

INDICARE LA CAUSA _____

RICOVERO IN RIABILITAZIONE/SUBACUTE/CURE INTERMEDIE/POST ACUTE SUPERIORE A 60GG

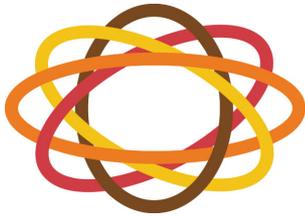
RICOVERO DI SOLLIEVO NEL CASO IN CUI IL COSTO DEL RICOVERO SIA A TOTALE CARICO DEL FONDO SANITARIO REGIONALE SUPERIORE A 60 GG)

RICOVERO OSPEDALIERO DEL BENEFICIARIO SUPERIORE A 60 GG

INCREMENTO DEL CONTRATTO DI LAVORO PART TIME DEL CAREGIVER DA 24 ORE A _____

PERDITA DEI REQUISITI PER L'ACCESO PREVISTE DAI CRITERI (SPECIFICARE) _____

ALTRO: _____



PIANO DI ZONA
Distretto Sociale Est Milano
COMUNI DI: Pioltello, Rodano, Segrate, Vimodrone

Oppure che in data _____ sono state apportate le seguenti modifiche al progetto così come previsto dal PAI:

- MODIFICA PROGETTO (specificare) _____
- VARIAZIONE NUMERO DI ORE DI PRESTAZIONE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTA DA N° ORE _____ A N° ORE _____
- ASSUNZIONE NUOVA BADANTE IN SOSTITUZIONE DELLA PRECEDENTE CON DECORRENZA _____;
- STIPULA NUOVO CONTRATTO CON DECORRENZA _____
- CESSAZIONE CONTRATTO DI SERVIZIO CON LA COOPERATIVA _____
- VARIAZIONE NUMERO DI ORE DI PRESTAZIONE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE FORNITA DALLA COOPERATIVA DA N° ORE _____ A N° ORE _____
- VARIAZIONE NUMERO DI ORE DI FREQUENZA DEL SERVIZIO (CENTRO DIURNO/CENTRO SOCIO-SANITARIO/EDUCATIVO) DA N° ORE _____ SETTIMANALI A N° ORE _____ SETTIMANALI

ATTENZIONE: COMUNICAZIONE PER RICOVERI RIABILITATIVI O DI SOLLIEVO

- SOSPENSIONE DELL'INTERVENTO PREVISTO DAL PAI PER RICOVERO :
(INDICARE TIPOLOGIA DEL RICOVERO) _____
DATA INIZIO RICOVERO _____
DATA DIMISSIONE RICOVERO (*) _____
- ALTRO _____

Documenti allegati: (ES NUOVO CONTRATTO DI LAVORO- CERTIFICATO PERIODO DI RICOVERO*)

1. _____
2. _____

Data _____

Firma _____

DA CONSEGNARE

- dal 19.10.2020 al 30.10.2020 per presentate le eventuali variazioni intervenute nel Progetto Assistenziale Individuale successive all'avvenuta istruttoria dei servizi sociali
- successivamente a tali date al verificarsi degli eventi descritti nel modulo e nei criteri qualora il richiedente diventi beneficiario della misura b2