

Atto di adesione relativo ad interventi socio assistenziali a beneficio di persona anziana.

Atto di Adesione

Case Manager	
Data Presa in Carico	
Data Inizio intervento	

Dati BENEFICIARIO

Codice Fiscale	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Recapiti	
Cellulare	
E-Mail	
Residenza	
Indirizzo	
Comune	

Obiettivi Generali

	Migliorare la qualità della vita e delle relazioni sociali della persona e del nucleo
	Migliorare la capacità e le competenze residue, rallentando i processi di decadimento della persona favorendo il recupero delle autonomie, ove possibile.
	Sostenere la rete familiare e dei care givers
	Mantenere le persone fragili al proprio domicilio ritardando o evitando il ricorso al ricovero in struttura.

Attività / Prestazioni

Prestazione	Figura Professionale	N. gg/Settimana	N. ore/Giorno

Risultati Attesi

	Miglioramento della qualità della vita e delle relazioni sociali della persona e del nucleo
	Migliorare la capacità e le competenze residue, rallentando i processi di decadimento della persona favorendo il recupero delle autonomie, ove possibile.
	Sostegno alla rete familiare e dei care givers.
	Mantenimento delle persone fragili al proprio domicilio ritardando o evitando il ricorso ai ricoveri in struttura.

Durata dell'intervento in mesi: _____ Importo orario della Compartecipazione al costo del servizio Euro _____

L'interessato _____ in qualità di:

beneficiario del servizio;

figlio-a/Tutore/Altro(specificare)..... nella persona del Sig/ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

_____ tel. _____ C.F.: _____

DICHIARA di accettare il Piano assistenziale personalizzato e la compartecipazione al costo del servizio prevista.

PRENDE VISIONE dei prestatori presenti nel Sistema di accreditamento dei Fornitori di seguito elencati:

1. Consorzio ICARO CONSORZIO COOPERATIVE SOCIALI SOCIETA' COOPERATIVA e per esso le esecutrici:

- a. Cooperativa Sociale "Il Sorriso" P.IVA/C.F. 02053840647
- b. PANTA REI ONLUS Cooperativa Sociale P.IVA/C.F. 02539500641
- c. INTRA Cooperativa Sociale ONLUS P.IVA/C.F. 02662510649

2. Consorzio PERCORSI e per esso le esecutrici

- a. Cooperativa Sociale OASIRPINA "ONLUS" P.IVA/C.F. 02265970646
- b. IRIS Cooperativa Sociale P.IVA/C.F. 03385080613
- c. Irpinia 3000 Cooperativa Sociale P.IVA/C.F. 02340390646

3. La PIRAMIDE – COOPERATIVA SOCIALE ONLUS P.IVA/C.F. 02617670647

4. Cooperativa NOI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE P.IVA/C.F. 05463030659

5. Cooperativa Progetto 2000 SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE P.IVA/C.F. 02757010653

6. Cooperativa HEIDY – SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE A RESPONSABILITA' LIMITATA P.IVA/C.F. 02381220645

DICHIARA di scegliere il Fornitore _____ al quale cede l'intero quantitativo dei Titoli autorizzando lo stesso ad emettere fattura per le prestazioni regolarmente eseguite.

Data di sottoscrizione _____ / _____ / _____

Assistente sociale Case Manager

**Utente o familiare /
tutore**

**U.O della gestione tecnica e della
istruttoria dei procedimenti relativi ai
servizi domiciliari ad anziani e disabili**

Verifiche ed aggiornamento del Piano

Verifica n. _____ del _____

Obiettivi raggiunti

SI

NO

Specificare le motivazioni di un parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi

Osservazioni e modifiche alla verifica

Data Compilazione

Assistente sociale Case Manager

Utente o familiare / tutore
