

	PROPOSTA DI ATTIVAZIONE TELESOCORSO/TELECONTROLLO	Mod. 8505/23	
		02/05/2019	Rev. 03



COMUNE / COMUNITA' MONTANA

SEDE TERRITORIALE DI:

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE TELESOCORSO/TELECONTROLLO
(servizio in concessione dal Consorzio IRIS)

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome			
Nato/a a	Prov.	il	
Residente a	via		n.
Quartiere	Tel.		
Domiciliato/a a	via		n.
Quartiere	Tel.		
Professione o scolarità			

PARENTI CONVIVENTI

Grado parentela	Cognome e Nome	Professione

PARENTI NON CONVIVENTI

Grado parentela	Cognome e Nome	Professione

MOTIVAZIONE DELLA PROPOSTA *(specificare come l'intervento si inserisce all'interno del progetto individualizzato)*

PATOLOGIE

	PROPOSTA DI ATTIVAZIONE TELESOCORSO/TELECONTROLLO	Mod. 8505/23
		02/05/2019 Rev. 03

LA PERSONA BENEFICIARIA DEL SERVIZIO (crociare l'opzione o le opzioni scelta/e):

<input type="checkbox"/>	È invalida civile al 100%
<input type="checkbox"/>	E' invalida civile al 100% con indennità di accompagnamento
<input type="checkbox"/>	È persona con handicap (ai sensi della L. 104/92)
<input type="checkbox"/>	È persona con grave handicap (ai sensi della L. 104/92)
<input type="checkbox"/>	Ha ricevuto l'autorizzazione per l'inserimento in struttura residenziale per persone non autosufficienti dall'UVG
<input type="checkbox"/>	Necessita di assistenza continua
<input type="checkbox"/>	Altro, specificare:

PARENTI E/O VICINI DI CASA DISPONIBILI IN CASO DI NECESSITA':

Grado di parentela/Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono

PER L'ATTIVAZIONE FARE RIFERIMENTO A (crociare l'opzione scelta):

<input type="checkbox"/>	Il/la diretto/a interessato/a
<input type="checkbox"/>	Altra persona (indicare grado di parentela, cognome e nome, indirizzo, recapito telefonico):

PER CORRISPONDENZA E PAGAMENTI FARE RIFERIMENTO A (crociare l'opzione scelta):

<input type="checkbox"/>	Il/la diretto/a interessato/a
<input type="checkbox"/>	Altra persona (indicare grado di parentela, cognome e nome, indirizzo, recapito telefonico):

IL COSTO DEL SERVIZIO E' A TOTALE CARICO DEL COMUNE O DELLA COMUNITA' MONTANA:

<input type="checkbox"/>	SI
<input type="checkbox"/>	NO, segue il calcolo della quota di partecipazione del richiedente secondo i criteri al momento vigenti (del. Assemblea n. 2/08 e del. CdA n. 21/08).

SITUAZIONE ECONOMICA

ISEE €	Data scadenza
-----------	---------------

Tipologia di servizio di telesoccorso/telecontrollo scelto:

- terminale di telesoccorso/telecontrollo collegato a rete telefonica fissa (attualmente non compatibile con compagnie telefoniche di rete fissa Vodafone e Fastweb): € 23,40 al mese;
- telesoccorso/telecontrollo collegato attraverso rete telefonica mobile: € 23,40 al mese;
- terminale telesoccorso/telecontrollo con sensore di caduta: € 26,00 al mese;

	PROPOSTA DI ATTIVAZIONE TELESOCORSO/TELECONTROLLO	Mod. 8505/23	
		02/05/2019	Rev. 03

personal GPS: € 29,90 al mese (tariffa valida fino al 31/12).

N.B.: Traffico telefonico ed eventuale SIM card a carico dell'utente.

CALCOLO DELLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Costo totale del Servizio € mensili
Formula per il calcolo: $[(I_{see} \text{ Utente} - \text{Minimo Vitale}) : (\text{Reddito Massimo} - \text{Minimo Vitale})] \times \text{€} \dots\dots\dots (\text{costo del servizio scelto}) = \text{Quota Utente}$
$[(\text{€} \dots\dots\dots - \text{€ } 7.503) : \text{€ } 9.378] \times \text{€} \dots\dots\dots (\text{costo del servizio scelto}) = * \text{€}$

*NB: qualora la quota mensile risultante sia *pari o inferiore a € 1,99*, l'utente potrà fruire *gratuitamente* del servizio. Tale quota di partecipazione rimarrà invariata sino al termine dell'anno di scadenza della certificazione ISEE.

DOCUMENTI ALLEGATI (crociare l'opzione o le opzioni scelta/e)

<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di stato di famiglia (autocertificazione)
<input type="checkbox"/>	Certificazione ISEE
<input type="checkbox"/>	certificato medico
<input type="checkbox"/>	Parere motivato del Sindaco del Comune di appartenenza circa l'opportunità dell'intervento proposto
<input type="checkbox"/>	Altra documentazione ritenuta idonea, specificare:

COME E' VENUTO/A A CONOSCENZA DEL SERVIZIO (crociare l'opzione o le opzioni scelta/e):

<input type="checkbox"/>	Servizio Sociale di Territorio
<input type="checkbox"/>	Medico di Base
<input type="checkbox"/>	Geriatra
<input type="checkbox"/>	Incontri/Convegni
<input type="checkbox"/>	Stampa
<input type="checkbox"/>	Volantini/locandine
<input type="checkbox"/>	Altro utente del Telesoccorso
<input type="checkbox"/>	Altro, specificare:

DATA

L'ASSISTENTE SOCIALE

	PROPOSTA DI ATTIVAZIONE TELESOCORSO/TELECONTROLLO	Mod. 8505/23	
		02/05/2019	Rev. 03

NOTE:

--	--

PARERE DEL DIRIGENTE/RESPONSABILE DEL SERVIZIO DEL COMUNE/COMUNITA' MONTANA (OVE PRESENTE) *(crociare l'opzione scelta):*

	FAVOREVOLE
	CONTRARIO

DATA

FIRMA

PARERE DELL'AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE *(crociare l'opzione scelta):*

	FAVOREVOLE
	CONTRARIO

DATA

FIRMA

PARERE DEL DIRIGENTE/RESPONSABILE DEL CONSORZIO IRIS *(crociare l'opzione scelta):*

	FAVOREVOLE
	CONTRARIO

DATA

FIRMA