



Ambito territoriale

SEBINO

PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 D.G.R. 3719/2024

Per il Sig./Sig.ra

Nato/a a

il

Residente a

Domiciliato /a a

Tel.

E-mail

Codice fiscale

MMG

Tel.

Data domanda di accesso alla Misura

Data valutazione

TIPOLOGIA UTENTE

di qualsiasi età, al domicilio, che evidenzia gravi limitazioni della capacità funzionale

in condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 c.3 L. 104/92

ovvero

beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 e ss.mm.ii. L. 508/1988

con valore ISEE sociosanitario fino a max € 25.000,00 e ISEE ordinario (minori) fino a max € 40.000,00

con valore ISEE sociosanitario fino a max € 30.000,00 per lo strumento Assegno di autonomia – vita indipendente

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

| Nome e cognome | Data di nascita | Grado di parentela |
|----------------|-----------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EQUIPE VALUTATIVA INTEGRATA (ASST/AMBITO-COMUNE)

| Figura professionale | Nome e cognome | Ente di appartenenza |
|----------------------|----------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

FIGURE DI RIFERIMENTO/SOSTEGNO

| <input type="checkbox"/> CAREGIVER FAMILIARE | <input type="checkbox"/> CAREGIVER PROFESSIONALE |
|--|---|
| Familiare che presta assistenza personale | Assistente personale\caregiver professionale Assistente personale NON qualificato (colf/badante) Assisnte personae QUALIFICATO (con titolo socio assistenziale) |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • N. ore di assistenza settimanali _____ • Tipologia di prestazioni assicurate | <ul style="list-style-type: none"> • Monte ore di assistenza settimanali (min. 24 h/sett) _____ • Tipologia di prestazioni assistenziali garantite |
|---|--|

Specificare tipologia Caregiver familiare:

| | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge/convivente | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Sorella/e | <input type="checkbox"/> Cognato/a |
| <input type="checkbox"/> Figlio/a/i | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Cugino/a | <input type="checkbox"/> Zio/a |
| <input type="checkbox"/> Ambedue i genitori | <input type="checkbox"/> Fratello/i | <input type="checkbox"/> Nuora/Genero | <input type="checkbox"/> Nessuno |
| <input type="checkbox"/> Altro specificare: | | | |

Presenza di un amministratore di sostegno/tutore SI NO

ASSISTENZA PERSONALE SI NO

Assistenza erogata da badante/assistente assunta con regolare contratto

Assistenza erogata da altra/e persona/e non contrattualizzata (es. familiare)

Altro (specificare) _____

SERVIZI RETE SOCIO SANITARIA

| | | | | |
|--|-----|----------------------|----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> ADI | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno Integrato (CDI) | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ricovero di Sollievo | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Misura B1 | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> RSA Aperta | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Residenzialità Assistita | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ambulatori Autismo | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |

| | | | | |
|--|-----|----------------------|----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Case Management | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> RSA | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> CDD | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> CSS | DAL | <input type="text"/> | AL | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> In attesa di Inserimento (specificare): | | <input type="text"/> | | |

SERVIZI DELLA RETE SOCIO-ASSISTENZIALE

| | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Servizio pasti a domicilio | |
| <input type="checkbox"/> Servizio lavanderia | |
| <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |
| <input type="checkbox"/> CSE | |
| <input type="checkbox"/> SFA | |
| <input type="checkbox"/> Servizio Educativo Domiciliare | |
| <input type="checkbox"/> Telesoccorso | |
| <input type="checkbox"/> SAD | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (Dopo di noi – Home Care Premium – Bonus Assistente familiare RL)specificare) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> In attesa di inserimento in: | <input type="text"/> |

CERTIFICAZIONI

| | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Invalidità Civile % | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Indennità accompagnamento | |
| <input type="checkbox"/> L.104/92 Handicap Grave | |
| | |

DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi classificazione ICD9)

- Demenza – Alzheimer
- Disabilità a seguito di evento traumatico
- Disabilità non post traumatiche, ictus o altre malattie cerebrovascolari (tetraplegia/emiplegia)
- Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria
- Malattia del motoneurone
- Disabilità sensoriale
- Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson...)
- Disabilità comportamentale (compresi i disturbi dello spettro autistico)

- Ritardo mentale
- Sindromi congenite su base cromosomica (Down...)
- Distrofie muscolari e altre miopatie
- Sclerosi multipla
- Altro _____ (da considerarsi solo come opzione residuale)

SCALE DI VALUTAZIONE

| | | | | |
|---|------|--|-----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Triage (scheda orientamento) | data | <input style="width: 90%;" type="text"/> | Valore Totale Triage: | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> ADL | data | <input style="width: 90%;" type="text"/> | Esito: | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> IADL | data | <input style="width: 90%;" type="text"/> | Esito: | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare): | | | | |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | data | <input style="width: 90%;" type="text"/> | Esito/Valore: | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | data | <input style="width: 90%;" type="text"/> | Esito/Valore: | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | data | <input style="width: 90%;" type="text"/> | Esito/Valore: | <input style="width: 90%;" type="text"/> |

Note Sociali:

IDONEO ALLA MISURA B2: SI NO

| | | | |
|---------------------------|--|----|--|
| periodo di erogazione dal | <input style="width: 90%;" type="text"/> | al | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
|---------------------------|--|----|--|

Interventi/prestazioni da erogare:

- Buono Sociale Mensile** € finalizzato a compensare:
- prestazioni assicurate dal caregiver familiare (max € 100,00)
 - prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto (max € 350,00)
- Buono Sociale Mensile** (max € 600,00) finalizzato a sostenere Progetti di “Vita Indipendente”
- Voucher sociale** finalizzato al sostegno della vita di relazione di **minori con disabilità** per Progetti educativo/socializzanti o di **adulti e anziani con disabilità** con progetti di natura socializzante e/o di supporto al caregiver

PROGETTO INDIVIDUALE (PI)

Data redazione PI:

DESCRIVERE IN MODO DETTAGLIATO GLI ELEMENTI PRINCIPALI DELLA VALUTAZIONE E GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO REALIZZABILI E/O RAGGIUNGIBILI CON IL BUONO E/O IL VOUCHER ANCHE IN TERMINI DI QUALITA' DI VITA DELLA PERSONA E DEL SUO NUCLEO FAMILIARE E INTERVENTI PREVISTI

OBIETTIVI:

INTERVENTI:

ALTRE FORME INTEGRATIVE DI SOSTEGNO AI BISOGNI DELL'UTENTE:

REVISIONE/VERIFICA P.I.

- per rinnovo data
- per richiesta familiare data
- per richiesta utente data
- per richiesta Comune data
- altro (specificare) data

MOTIVAZIONI:

CASE MANAGER DEL PROGETTO

NOME

COGNOME

Ente di Appartenenza (ASST/COMUNE) *specificare*

Firma degli Operatori Referenti di Comune - Ambito e ASST

Firma Case Management Comune

Firma Operatore Referente ASST

SOTTOSCRITTORE PROGETTO INDIVIDUALE (UTENTE/FAMILIARE)

CONDIVIDO E CONCORDO QUANTO PREVISTO NEL PROGETTO INDIVIDUALE (P.I.) PROPOSTOMI DA: EQUIPE VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE TERRITORIALE/EOH/COMUNE.

SONO INOLTRE CONSAPEVOLE CHE LA FRUIZIONE DEI BENEFICI PREVISTI DALLA MISURA B2 DI CUI ALLE D.G.R. 7751/2022 E' SUBORDINATA: A) AL POSIZIONAMENTO UTILE DEL BENEFICIARIO NELLA GRADUATORIA CHE VERRA' COSTITUITA DAL COMUNE DI RESIDENZA E/O UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO DISTRETTUALE, SECONDO I CRITERI E LE PRIORITA' FISSATE DALLE D.G.R. 7751/2022;B) ALLA VERIFICA DELL'EFFETTIVA DISPONIBILITA' DELLE RISORSE NECESSARIE ALL'EROGAZIONE DEI BENEFICI.

Luogo e Data

Firma del beneficiario o suo delegato*

**nota: se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione).*

Informativa della Privacy n. 679/2016/UE.
Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo della Privacy n. 679/2016, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e/o Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale e/o ASST di competenza, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a/delegato/a acconsente al trattamento

Luogo e Data FIRMA