|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Logo Comune/Ambito***  ***AMBITO SEBINO N. 5*** | | |
| Ambito territoriale | | S E B I N O |

***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 Misur

a

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**

aA

COM

**EQUIPE VALUTATIVA INTEGRATA (ASST/AMBITO-COMUNE)**

**Figura professionale**

**Nome e cognome**

**Ente di appartenenza**

**FIGURE DI RIFERIMENTO/SOSTEGNO**

aA

COM

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAREGIVER FAMILIARE** | | | **CAREGIVER PROFESSIONALE** | |
| Familiare che presta assistenza personale | | | Assistente personale\caregiver professionale  Assistente personale NON qualificato (colf/badante)  Assisnte personae QUALIFICATO (con titolo socio assistenziale) | |
| * N. ore di assistenza settimanali \_\_\_\_\_ * Tipologia di prestazioi assicurate | | | * Monte ore di assistenza settimanali (min. 24 h/sett) \_\_\_\_ * Tipologia di prestazioni assistenziali garantite | |
| **Specificare tipologia Caregiver familiare:** | | | |  |
| Coniuge/convivente | | Madre | Sorella/e | Cognato/a |
| Figlio/a/i | | Padre | Cugino/a | Zio/a |
| Ambedue i genitori | | Fratello/i | Nuora/Genero | Nessuno |
| Altro specificare: | |  | |  |
|  | |  |
| **Presenza di un amministratore di sostegno/tutore**  NO  SI | | | | |
| **ASSISTENZA PERSONALE** NO  SI | | | | |
| Assistenza erogata da badante/assistente assunta con regolare contratto | | | | |
| Assistenza erogata da altra/e persona/e non contrattualizzata (es. famigliare) | | | | |
| Altro (specificare) |  | | | |
|  | | | |

**SERVIZI RETE SOCIOSANITARIA**

DAL

AL

DAL

AL

DAL

AL

DAL

AL

DAL

AL

DAL

AL

DAL

AL

ADI

Centro Diurno Integrato (CDI)

Ricovero di Sollievo

RSA Aperta

Ambulatori Autismo

Residenzialità Assistita

Misura B1

DAL

AL

DAL

AL

DAL

AL

DAL

AL

Case Management

RSA

CDD

CSS

In attesa di Inserimento (specificare):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVIZI DELLA RETE SOCIO-ASSISTENZIALE** | | |
| Servizio pasti a domicilio | | |
| Servizio lavanderia | | |
| Servizio di trasporto | | |
| CSE | | |
| SFA | | |
| Servizio Educativo Domiciliare | | |
| Telesoccorso | | |
| SAD | | |
| ALTRO (Dopo di noi – Home Care Premium – Bonus Assistente familiare RL)specificare) |  | |
|  | | |
| In attesa di inserimento in: |  |  |

**CERTIFICAZIONI**

Invalidità Civile %

Indennità accompagnamento

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**

data

Valore Totale Triage:

data

Esito:

data

Esito:

data

Esito/Valore:

data

Esito/Valore:

data

Esito/Valore:

Note Sociali:

**IDONEO ALLA MISURA B2:**

Triage (scheda orientamento)

ADL

IADL

**SI**

**NO**

Altro (specificare):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| periodo di erogazione dal |  | al |  |
|  |  |
| 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: | | |
|  | | |
|  | | |

**REVISIONE/VERIFICA P.I.**

data

data

data

data

data

**ALTRE FORME INTEGRATIVE DI SOSTEGNO AI BISOGNI DELL'UTENTE:**

per rinnovo

per richiesta familiare

per richiesta utente

per richiesta Comune

altro (specificare)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |