

<i>Logo ASST</i>	<i>Logo Comune/Ambito</i>
------------------	---------------------------

Equipe Valutazione Multidimensionale territoriale	
---	--

PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 DD.G.R. 4138/2020 e 4408/2021

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

EQUIPE VALUTATIVA INTEGRATA (ASST/AMBITO-COMUNE)

Figura professionale	Nome e cognome	Ente di appartenenza

FIGURE DI RIFERIMENTO/SOSTEGNO

☐ CAREGIVER FAMILIARE	☐ CAREGIVER PROFESSIONALE
--	--

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 ☐ 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

☐ ADI	DAL		AL	
☐ Centro Diurno Integrato (CDI)	DAL		AL	
☐ Ricovero di Sollievo	DAL		AL	
☐ Misura B1	DAL		AL	
☐ RSA Aperta	DAL		AL	
☐ Residenzialità Assistita	DAL		AL	
☐ Ambulatori Autismo	DAL		AL	

☐ Case Management	DAL		AL	
☐ RSA	DAL		AL	
☐ CDD	DAL		AL	
☐ CSS	DAL		AL	
☐ 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 (specificare)	
☐ In attesa di inserimento in:	

CERTIFICAZIONI			
☐ Invalidità Civile %			
☐ Indennità accompagnamento			
☐ L.104/92 Handicap Grave			
☐ Esenzione ticket sanitario (specificare codice/i)	1)		2)
	3)		4)
☐ Certificazione Specialistica			

DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi classificazione ICD9)

**VALORE ISEE SOCIO SANITARIO E/O ORDINARIO
(minori) IN CORSO DI VALIDITA'**

SCALE DI VALUTAZIONE

☐ Triage (scheda orientamento)	data		Valore Totale Triage:	
☐ ADL	data		Esito:	
☐ IADL	data		Esito:	
☐ Altro (specificare):				
	data		Esito/Valore:	
	data		Esito/Valore:	
	data		Esito/Valore:	
Note Sociali:				

IDONEO ALLA MISURA B2: ☐ SI ☐ NO

periodo di erogazione dal		al	
Interventi/prestazioni da erogare:			
☐ Buono Sociale Mensile € finalizzato a compensare:			
☐ prestazioni assicurate dal caregiver familiare (max € 400,00)			
☐ prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto (max € 400,00)			
☐ Buono Sociale Mensile € (max € 800,00) finalizzato a sostenere Progetti di "Vita Indipendente" (ISEE sociosanitario ≤ € 25.000,00)			
☐ Voucher sociale € finalizzato al sostegno della vita di relazione di minori con disabilità per Progetti educativo/socializzanti			

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 e ASST**

Firma Referente Medico Presidio Territoriale 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 DD.G.R. 4138/2020 E 4408/2021 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 DD.G.R. 4138/2020 E 4408/2021; 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