

Logo ASST	Logo Comune/Ambito
------------------	---------------------------

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

<input type="checkbox"/> di qualsiasi età, al domicilio, che evidenzia gravi limitazioni della capacità funzionale
<input type="checkbox"/> in condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 c.3 L. 104/92 ovvero
<input type="checkbox"/> beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 e ss.mm.ii. L. 508/1988
<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> CAREGIVER FAMILIARE	<input type="checkbox"/> CAREGIVER PROFESSIONALE
--	--

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

<input type="checkbox"/> Assistenza erogata da badante/assistente assunta con regolare contratto
<input type="checkbox"/> Assistenza erogata da altra/e persona/e non contrattualizzata (es. familiare)
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="text"/>

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 (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			
<input type="checkbox"/> Esenzione ticket sanitario (specificare codice/i)	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>	
	3) <input type="text"/>	4) <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Certificazione Specialistica			

DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi classificazione ICD9)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

VALORE ISEE SOCIOSANITARIO E/O ORDINARIO (minori) IN CORSO DI VALIDITA'

SCALE DI VALUTAZIONE

<input type="checkbox"/> Triage (scheda orientamento)	data	<input type="text"/>	Valore Totale Triage:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ADL	data	<input type="text"/>	Esito:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IADL	data	<input type="text"/>	Esito:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):				
<input type="text"/>	data	<input type="text"/>	Esito/Valore:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	data	<input type="text"/>	Esito/Valore:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	data	<input type="text"/>	Esito/Valore:	<input type="text"/>
Note Sociali:				

IDONEO ALLA MISURA B2: SI NO

periodo di erogazione dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>
Interventi/prestazioni da erogare:			
<input type="checkbox"/> Buono Sociale Mensile €	<input type="text"/>	finalizzato a compensare:	
<input type="checkbox"/>		prestazioni assicurate dal caregiver familiare (max € 400,00)	
<input type="checkbox"/>		prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto (max € 400,00)	
<input type="checkbox"/> Buono Sociale Mensile €	<input type="text"/>	(max € 800,00) finalizzato a sostenere Progetti di "Vita Indipendente" (ISEE sociosanitario ≤ € 25.000,00)	
<input type="checkbox"/> Voucher sociale	€ <input type="text"/>	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