

## PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 D.G.R. (D.G.R. 7751/2022)



Ambito territoriale sociale 11 - GARDA

ASST - GARDA

**PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 D.G.R. (D.G.R. 7751/2022)**

Per il Sig./Sig.ra

Nato/a a

il

Codice fiscale

Residente a

Domiciliato /a a

Tel.

E-mail

MMG

Tel.

Data domanda di accesso alla Misura

Data valutazione

**TIPOLOGIA UTENTE**

- In condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 c.3 L. 104/92
- Beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 e ss.mm.ii. L. 508/1988
- Con valore ISEE sociosanitario e ISEE ordinario (minori) entro i limiti previsti dall'Avviso (ISEE Sociosanitario < = a € 25.000 per Buono sociale per care-giver e assistente familiare personale e < = a € 30.000,00 per Assegno per l'autonomia per progetti di vita indipendente. ISEE Ordinario < = a € 40.000 per Voucher sociale volto a sostenere la vita di relazione di minori con disabilità.

## PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 D.G.R. (D.G.R. 7751/2022)

**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** **CAREGIVER FAMILIARE** **CAREGIVER PROFESSIONALE**

**Specificare tipologia Caregiver familiare (relazione di parentela/altro con il beneficiario):**


**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)

## PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 D.G.R. (D.G.R. 7751/2022)

<b>SERVIZI RETE SOCIO-SANITARIA</b>			
<input type="checkbox"/> ADI	DAL		AL
<input type="checkbox"/> Centro Diurno Integrato (CDI)	DAL		AL
<input type="checkbox"/> Ricovero di Sollievo	DAL		AL
<input type="checkbox"/> Misura B1	DAL		AL
<input type="checkbox"/> RSA Aperta	DAL		AL
<input type="checkbox"/> Residenzialità Assistita	DAL		AL
<input type="checkbox"/> Ambulatori Autismo	DAL		AL
<input type="checkbox"/> Case Management	DAL		AL
<input type="checkbox"/> RSA	DAL		AL
<input type="checkbox"/> CDD	DAL		AL
<input type="checkbox"/> CSS	DAL		AL
<input type="checkbox"/> In attesa di Inserimento (specificare):			

<b>SERVIZI DELLA RETE SOCIO-ASSISTENZIALE</b>
<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="checkbox"/> In attesa di inserimento in:

<b>CERTIFICAZIONI</b>			
Invalità Civile 100%			
Indennità accompagnamento			
L.104/92 Handicap Grave			
Esenzione ticket sanitario (specificare codice/i)	1)		2)
Certificazione Specialistica			

**DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi classificazione ICD9)**

PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 D.G.R. (D.G.R. 7751/2022)

--

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

€

**SCALE DI VALUTAZIONE**

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

**IDONEO ALLA MISURA B2:  SI  NO**

Periodo di erogazione dal..... al.....		
Interventi/prestazioni da erogare:		
<input type="checkbox"/> <b>Buono Sociale Mensile</b>	.....€	Finalizzato a compensare:
<input type="checkbox"/> Prestazioni assicurate dal solo caregiver familiare.		
<input type="checkbox"/> Prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto.		
<input type="checkbox"/> <b>Assegno per l'autonomia</b>	.....€	Finalizzato a sostenere Progetti di "Vita Indipendente"
<input type="checkbox"/> <b>Voucher sociale</b>	.....€	Finalizzato al sostegno della vita di relazione di <b>minori con disabilità</b> per Progetti educativo/socializzanti o di <b>adulti e anziani con disabilità</b> con Progetti di natura socializzante e/o di supporto al caregiver.

PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 D.G.R. (D.G.R. 7751/2022)

**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:

ALTRE FORME INTEGRATIVE DI SOSTEGNO AI BISOGNI DEL CAREGIVER (Interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare. Voucher per interventi di formazione/addestramento per percorsi di sostegno e addestramento al caregiver familiare nell'attività di cura. Vedi DGR XI /7605 2022).

**REVISIONE/VERIFICA P.I.**

- per rinnovo
- per richiesta familiare
- per richiesta beneficiario
- per richiesta Comune
- altro.....

Data revisione/verifica P.I.

.....

PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 D.G.R. (D.G.R. 7751/2022)

**MOTIVAZIONI:**

CASE MANAGER DEL PROGETTO		
NOME e COGNOME:		
TELEFONO:		
Ente di Appartenenza (ASST/COMUNE) <i>specificare</i>		

**Firma degli Operatori Referenti di Comune e ASST**

Firma Referente Territoriale ASST GARDA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma Case Management Comune \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SOTTOSCRITTORE PROGETTO INDIVIDUALE (BENEFICIARIO/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 ALLA D.G.R. 5791/2021 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 DALLA D.G.R. 5791/2021; 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	
--------------	--	-------	--

PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 D.G.R. (D.G.R. 7751/2022)