

PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2

Per il Sig./Sig.ra	
Nato/a a	
il	
Residente a	
Domiciliato /a a	
Codice fiscale	
Tel.	
E-mail	

TIPOLOGIA UTENTE (segnare con una crocetta)

<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
<input type="checkbox"/>	OPPURE
<input type="checkbox"/>	beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980
<input type="checkbox"/>	con valore ISEE non superiore a quanto definito dal Bando

EQUIPE VALUTATIVA INTEGRATA (ASST/AMBITO-COMUNE)

Figura professionale	Nome e cognome	Ente di appartenenza

FIGURE DI RIFERIMENTO/SOSTEGNO (segnare con una crocetta)

Caregiver Familiare							
<input type="checkbox"/>	Coniuge/convivente	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Sorella	<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	<input type="checkbox"/>	Nuora/Genero	<input type="checkbox"/>	Nessuno
<input type="checkbox"/>	Altro specificare:						

Assistente Familiare/Badante

Assistenza Erogata da badante/assistente familiare assunta con regolare contratto	
<input type="checkbox"/>	Data assunzione _____ Categoria Contratto _____ Nominativo persona assunta _____
Assistenza personale erogata da terzi	
<input type="checkbox"/>	Data sottoscrizione contratto _____ Figura professionale richiesta _____ Ente scelto per la fornitura _____
<input type="checkbox"/>	Altro specificare: _____

SERVIZI RETE SOCIOSANITARIA (segnare con una crocetta)

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 _____
Pro.Vi.	Dal _____	Al _____
Dopo di Noi	Dal _____	Al _____
RSA	Dal _____	Al _____
CDD	Dal _____	Al _____
CSS	Dal _____	Al _____
Altro (specificare):		
In lista d'attesa inserimento (specificare):		

* *Compatibile con Misura B2 esclusivamente per progetti di vita indipendente.*

SERVIZI RETE SOCIOASSISTENZIALE (segnare con una crocetta)

servizio pasti a domicilio
Servizio lavanderia
Servizio di trasporto
CSE
SFA
Servizio educativo domiciliare
Telesoccorso
SAD
Altro (specificare):
In lista d'attesa inserimento (specificare):

VALORE ISEE: _____

SCALE DI VALUTAZIONE

ADL	DATA:	VALORE:
IADL	DATA:	VALORE:

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:

- Si segnalano problematiche di ordine economico, pertanto si chiede l'erogazione del contributo con presentazione dei documenti di pagamento entro 30 giorni dalla ricezione del contributo (solo per Voucher Minori e Buoni Sociali per Progetti di Vita Indipendente).

CASE MANAGER DEL PROGETTO

NOME: _____ COGNOME: _____

Ente di Appartenenza: _____

Luogo e Data _____

Firma degli Operatori Referenti di Comune e ASST

SOTTOSCRITTORE PROGETTO INDIVIDUALE (UTENTE/FAMILIARE)

CONDIVIDO E CONCORDO QUANTO PREVISTO NEL PROGETTO INDIVIDUALE (PI) PROPOSTOMI. SONO INOLTRE CONSAPEVOLE CHE LA FRUIZIONE DEI BENEFICI PREVISTI DALLA MISURA B2 E' SUBORDINATA: A) AL POSIZIONAMENTO UTILE DEL BENEFICIARIO NELLA GRADUATORIA CHE VERRA' COSTITUITA DA CIVITAS SRL; B) ALLA VERIFICA DELL'EFFETTIVA DISPONIBILITA' DELLE RISORSE NECESSARIE ALL'EROGAZIONE DEI BENEFICI.

Luogo e Data _____

Firma del richiedente o suo delegato se impossibilitato alla firma
