***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)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |
|  | **OPPURE** |
|  | beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 |
|  | 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** |
|  | Coniuge/convivente |  | Madre |  | Sorella |  | Cognato/a |
|  | Figlio/a/i |  | Padre |  | Cugino/a |  | Zio/a |
|  | Ambedue i genitori |  | Fratello |  | Nuora/Genero |  | Nessuno |
|  | Altro specificare: |  |

|  |
| --- |
| **Assistente Familiare/Badante** |
|  | **Assistenza Erogata da badante/assistente familiare assunta con regolare contratto** |
|  | Data assunzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Categoria Contratto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nominativo persona assunta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Assistenza personale erogata da terzi**  |
|  | Data sottoscrizione contratto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Figura professionale richiesta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ente scelto per la fornitura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_