 

|  |
| --- |
| **PROGETTO INTEGRATO DI CURA E DI ASSISTENZA** Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili  |
| Cognome: Nome: Sesso: F **□** M **□** |
| Luogo di Nascita: Data di nascita: |
| Residente a: Via:Cap: Telefono: |
| Codice Fiscale:  |
| Domiciliato a (se ≠ da residenza): Via Cap: Telefono: |
| MMG/PDF: |

|  |
| --- |
| **Composizione del Nucleo Familiare**  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado parentela | età | occupazione |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| Caregiver principale:  |
| Tutore **□** Curatore **□** Amministratore di sostegno **□****……………………………………………………………………………………………………………..** |
| Altre figure di riferimento specificare (es: vicini, volontari, amici,ecc.) |
| Presenza di familiari che usufruiscono dei benefici relativi alla L. 104/92 **□** SI **□** NO …………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Diagnosi** |
|  |

|  |
| --- |
| **Sintesi anamnestica e funzionale** |
|  |

|  |
| --- |
| **Condizione abitativa** |
| Spazi adeguati | **SI □**  | **NO □** | Note: |
| Condizioni igieniche | **SI □**  | **NO □** | Note: |
| Servizi igienici  | **SI □**  | **NO □** | Note |
| Barriere architettoniche | **SI □**  | **NO □** | Note: |
| Casa isolata o poco servita  | **SI □**  | **NO □** | Note: |

|  |
| --- |
| **Situazione economica** |
| **Situazione pensionistica**Nessuna **□** Anzianità/vecchiaia **□** Minima/sociale **□**  Reversibilità **□** Altra tipologia (es. infortunio sul lavoro…) **□** | Note: |
| **Invalidità Civile** **Indennità di accompagnamento****Legge 104/92 Art. 3 comma 3**  | SI □ (percentuale ….. ) NO □ Istante □SI □ NO □ Istante □SI □ NO □ Istante □ |
| **Altre misure economiche erogate da Enti pubblici/privati** |  |
| **ISEE**  |  |

|  |
| --- |
| **Sintesi della situazione assistenziale al momento della valutazione** |
| Caregiver familiare e Caregiver professionale (assistente personale, badante, ecc..) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Interventi sanitari e sociosanitari attivi** | **specificare** |
| Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) |  **si** |  |
| Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) |  **si** |  |
| Misure Regionali |  **si** |  |
| Contributi sociali |  **si** |  |
| Protesi e ausili |  **si** |  |
| Contributi L.R. 23/1999 |  **si** |  |
| Centro Diurno Integrato/Centro Diurno Disabili (CDI/CDD) |  **si** |  |
| Centro socio educativo (CSE) |  **si** |  |
| Riabilitazione diurno continuo (CDC) |  **si** |  |
| Altre progettualità (RSA aperta, HCP, Pro.vi, Reddito autonomia) …………………………………………………………………………………………………. |  **si** |  |

|  |
| --- |
| **Data Valutazione** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data stesura Progetto** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Esito valutazione Multidimensionale ai fini della domanda di intervento** Idoneo non idoneo**SINTESI**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Componenti equipe multidisciplinare:** Medico Infermiere  Ass. Sanitario  Ass. Sociale  |

**Referente del caso (case-manager):** ……………………………….…………………….…………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rappresentante ASST |  | Firma |
| Infermiere/Ass.Sanitario |  | Firma |
| Ass. Sociale/Educatore |  | Firma |
| Ass. sociale Comune  |  | Firma |

data……………………….. Firma Interessato/Familiare ……..……………………………………..

**Tipologia di intervento da sostenere con la misura B2**

* **Buono sociale - assistenza assicurata dei care givers familiari** finalizzato a compensare le prestazioni sociali assicurate dal caregiver familiare convivente
* Bisogni attivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Interventi da sostenere con il Buono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Buono sociale - assistenza assicurata da parte di assistenti familiari retribuite** finalizzato a sostenere l’assunzione di personale di assistenza (con regolare contratto):
* Bisogni attivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Interventi da sostenere con il Buono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Buono sociale per sostenere progetti di vita indipendente**

finalizzato a sostenere l’assunzione di personale di assistenza (con regolare contratto):

* Bisogni attivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Interventi da sostenere con il Buono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **VOUCHER SOCIALI PER SOSTENERE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI CON DISABILITÀ**
* Bisogni attivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Interventi da sostenere con il Buono:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTERVENTI PER MINORI DISABILI** | Contributo erogabile fino ad un max di € 2.000,00 per interventida definirsi sul Progetto Individualizzato | Max 24 ore/mese per interventi educativi continuativi ADH |
| **DESCRIVERE IN SINTESI INTERVENTO RICHIESTO/ PREVENTIVO** | ATTIVITA’:………………………………………….PREVENTIVO € ……………………………………. | ……………………………………………………………………………………………………….. |

Note: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**PROSSIMA VERIFICA PREVISTA PER** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_