. 

|  |
| --- |
| **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, Voucher autonomia, L.112….) …………………………………………………………………………………………………. | **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 interventi  da 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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_