

<i>Logo ASST</i>	<i>Logo Comune/ambito</i>
------------------	---------------------------

Equipe Valutazione Multidimensionale territoriale	
---	--

**PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 DGR 7856/18**

Per il Sig./Sig.ra	
--------------------	--

Nato/a a		il	
----------	--	----	--

Residente a		Domiciliato /a a	
-------------	--	------------------	--

Tel.		E-mail	
------	--	--------	--

Codice fiscale	
----------------	--

MMG		Tel.	
-----	--	------	--

Data domanda di accesso alla Misura	
-------------------------------------	--

Data valutazione	
------------------	--

**TIPOLOGIA UTENTE**

<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 oppure
<input type="checkbox"/> beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980
<input type="checkbox"/> con valore ISEE così come definito dall'Ambito Distrettuale/Comune

## EQUIPE VALUTATIVA INTEGRATA (ASST/AMBITO-COMUNE)

Figura professionale	Nome e cognome	Ente di appartenenza

## FIGURE DI RIFERIMENTO/SOSTEGNO

<input type="checkbox"/> CAREGIVER FAMILIARE	<input type="checkbox"/> CAREGIVER PROFESSIONALE
--	--

### Specificare tipologia Caregiver familiare:

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

**Presenza di un amministratore di sostegno/tutore**     SI     NO

**ASSISTENZA PERSONALE**     SI     NO

<input type="checkbox"/> Assistenza erogata da badante/assistente assunta con regolare contratto
<input type="checkbox"/> Assistenza erogata da altra/e persona/e non contrattualizzata (es. familiare)
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="text"/>

## SERVIZI RETE SOCIO SANITARIA

<input type="checkbox"/> ADI	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Centro Diurno Integrato (CDI)	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ricovero di Sollievo	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Misura B1*	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RSA Aperta	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Residenzialità Assistita	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ambulatori Autismo	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> Case Management	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RSA	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CDD	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CSS	DAL	<input type="text"/>	AL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> In attesa di Inserimento (specificare):	<input type="text"/>			

### SERVIZI DELLA RETE SOCIO-ASSISTENZIALE

<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="text"/>
<input type="checkbox"/> In attesa di inserimento in: <input type="text"/>

### CERTIFICAZIONI

<input type="checkbox"/> Invalidità Civile %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Indennità accompagnamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> L.104/92 Handicap Grave	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Esenzione ticket sanitario (specificare codice/i)	1) <input type="text"/>	2) <input type="text"/>
	3) <input type="text"/>	4) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Certificazione Specialistica	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi classificazione ICD9)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

### VALORE ISEE ORDINARIO IN CORSO DI VALIDITA'

<input type="text"/>
----------------------

## SCALE DI VALUTAZIONE

<input type="checkbox"/> Triage (scheda orientamento)	data	<input type="text"/>	Valore Totale Triage:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ADL	data	<input type="text"/>	Esito:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IADL	data	<input type="text"/>	Esito:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):				
<input type="text"/>	data	<input type="text"/>	Esito/Valore:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	data	<input type="text"/>	Esito/Valore:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	data	<input type="text"/>	Esito/Valore:	<input type="text"/>
<b>Note Sociali:</b>				
<div style="border: 1px solid black; background-color: #f0f0f0;"></div>				

**IDONEO ALLA MISURA B2:**  SI  NO

periodo di erogazione dal <input style="width: 100px;" type="text"/> al <input style="width: 100px;" type="text"/> (max fino al 31/12/2018)
<b>Interventi/prestazioni da erogare:</b> <input type="checkbox"/> <b>Buono Sociale Mensile €</b> <input style="width: 80px;" type="text"/> finalizzato a compensare: <input type="checkbox"/> prestazioni assicurate dal caregiver familiare (min. € 150,00 - max € 800,00) <input type="checkbox"/> prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto (min. € 400,00 - max € 800,00)  <input type="checkbox"/> <b>Buono Sociale Mensile €</b> <input style="width: 80px;" type="text"/> (max € 800) finalizzato a sostenere Progetti di "Vita Indipendente"  <input type="checkbox"/> <b>Voucher sociale</b> € <input style="width: 80px;" type="text"/> finalizzato al sostegno della vita di relazione di minori con disabilità per Progetti educativo/socializzanti

## 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:

### REVISIONE/VERIFICA P.I.

per rinnovo

data

per richiesta familiare

data

per richiesta utente

data

per richiesta Comune

data

altro (specificare)

data

### MOTIVAZIONI:

**CASE MANAGER DEL PROGETTO**

**NOME**

**COGNOME**

**Ente di Appartenenza (ASST/COMUNE) *specificare***

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

Firma Referente Medico Presidio Territoriale ASST

Firma Case Management Comune

Firma Operatore Referente ASST

**SOTTOSCRITTORE PROGETTO INDIVIDUALE (UTENTE/FAMILIARE)**

*CONDIVIDO E CONCORDO QUANTO PREVISTO NEL PROGETTO INDIVIDUALE (PI) PROPOSTOMI DA: EQUIOE VAL. MULT./EOH/COMUNE*

*SONO INOLTRE CONSAPEVOLE CHE LA FRUIZIONE DEI BENEFICI PREVISTI DALLA MISURA B2 DI CUI ALLA DGR 7856/2018 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 DGR 7856/2018; 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 ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".**

Ai Sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, 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 e/o dall'ATS di Brescia, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a/delegato/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

Luogo e Data

FIRMA