

SCHEDA PROGETTO INDIVIDUALE

-Il Progetto Individuale (P.I.) andrà compilato preferibilmente in formato digitale utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Acrobat Rider) alla funzione "Compila e Firma" e trasmesso come singolo file allegato all'istanza (dovendo l'Ambito lavorare sul file stesso)

1.DATI GENERALI DEL BENEFICIARIO (a cura del S.S.B.)

Cognome e Nome: _____ Luogo e data di nascita: _____
 Codice fiscale: _____
 Residente a: _____ Cap: _____
 In via, n.: _____
 Domicilio (se diverso da residenza): _____
 Persona di riferimento: _____ Parentela: _____ Tel: _____
 Medico curante (MMG): Dott. _____
 A.S. di riferimento: _____ email: _____ Tel: _____

DIAGNOSI PRINCIPALE:
(Cfr Verbale di I.C. del/ segnalazione MMG Allegato 2 del Piano Operativo relativo alla DGR)

Altre patologie (comorbidità) significative:

INVALIDITA' CIVILE: 100 % **ACCOMPAGNAMENTO** SI' NO
 LEGGE 104/1992 **ART. 3 Comma 3** RICONOSCIUTA SI' NO

DOMANDA DI VALUTAZIONE PRESENTATA AL COMUNE DI _____ IN DATA: _____ Prot. _____

In quanto: _____ TIPOLOGIA ISEE presentato: _____
 Minore con grave disabilità ISEE ordinario
 Adulto con grave disabilità ISEE sociosanitario (Persona Maggiorennne)
 Anziano non autosufficiente **VALORE ISEE:** € _____,_____

Composizione nucleo familiare

Coniuge/convivente Coniuge/convivente e figli minori Coniuge/convivente e figli maggiorenni
 Coniuge/convivente e figli minori Coniuge/convivente + genitore/ambidue genitori
 Ambedue i genitori Ambedue i genitori + fratelli/sorelle
 Padre Madre Padre + fratelli/sorelle Madre + fratelli/sorelle
 Fratello/Sorella Figlio/a/i Solo
 Altro (specificare) _____

Istruzione/Formazione

Asilo Nido Conclusa Indicare h. frequenza settimanale _____
 Scuola prima Infanzia Conclusa Indicare h. frequenza settimanale _____
 Scuola primaria Conclusa Indicare h. frequenza settimanale _____
 Formazione professionale Conclusa Indicare h. frequenza settimanale _____
 Scuola secondaria di primo/secondo grado Conclusa Indicare h. frequenza settimanale _____
 Altro _____

Titolarità dell'abitazione

Proprietà o godimento a pieno titolo Affitto privato/ALER

La persona è già conosciuta dal servizio sociale di base SI' NO

Reti sociali

Presenza di reti sociali formali/informali
 Presenza di particolari relazioni con la rete di vicinato
 Partecipazione attiva ad eventi promossi dalla comunità di appartenenza
 Capacità di utilizzo di risorse /Servizi formali/informali per accedere a diverse prestazioni
 Altro _____

2. VALUTAZIONE SOCIALE (a cura del S.S.B.)

Scala di valutazione ADL: Classe

- A/Autonomia
 B,C,D,Altro/Parzialmente autonomo
 E,F,G/Non autonomo

Scala di valutazione IADL (=14 ovvero =/23 nei soggetti di sesso femminile e nei maschi che vivono soli)

___ / ___

Caregiver familiare

- Nominativo _____ n. ore giornaliere di cura _____
- Coniuge/convivente Ambedue i genitori Padre Madre
 Figlio/a/i Nuora/genero Fratello/sorella
 Cognato/a Zio/a Cugino/a
 Nessuno
 Altro (specificare) _____

Compiti di cura assicurati dal Caregiver familiare da sostenere con il Buono previsto dalla Misura B2

- Assistenza nell'igiene/cura della persona
 Assistenza nella mobilità (entrare/uscire dal letto; alzarsi dalla sedia)
 Assistenza durante i pasti (tagliare il cibo/imboccare)
 Preparazione dei pasti
 Somministrazione dei farmaci
 Accompagnamento a visite
 Disbrigo pratiche
 Altro (specificare) _____

Carico assistenziale

LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DELLE TABELLE DI VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE SOTTO RIPORTATE:

A. Assistenza garantita 24 ore/24, compresa la notte: l'assistenza notturna si intende attiva e abituale (Es: il figlio si trasferisce a dormire ogni notte a casa del genitore invalido perchè sono necessari più interventi assistenziali durante la notte per movimentazione o monitoraggio della situazione, ecc);

B. Assistenza continuativa di almeno 7 ore al giorno;

C. Assistenza quotidiana inferiore alle 7 ore al giorno;

D. Assistenza occasionale per meno di tre accessi brevi durante la settimana;

E. Mancata partecipazione all'organizzazione assistenziale.

N.B.: Le tabelle devono essere compilate anche nel caso in cui sia presente un assistente familiare regolarmente assunto. In tal caso, il carico assistenziale in capo ai figli/persona terze sarà valutato in funzione di tale condizione

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (Indicare nome e cognome, età e condizione lavorativa (N.B.: se il soggetto è senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza alla persona fragile))	RAPPORTO DI PARENTELA	Valutazione carico assistenziale dei conviventi					Altro (specificare)	EVENTUALE INVALIDITA' DEL FAMILIARE RICONOSCIUTA IN %	IL FAMILIARE ha già presentato istanza di valutazione lo scorso anno
		A	B	C	D	E			
Beneficiario:									
1)									
2)									
3)									
4)									
5)									
6)									
7)									

VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO A TUTTI I FIGLI (in particolare per l'utenza anziana) E/O FRATELLI (in particolare per l'utenza disabile)

INDICARE NOME, COGNOME, ETA', RESIDENZA, CONDIZIONE LAVORATIVA (N.B.: se figlio senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza al genitore)	A	B	C	D	E	Altro (Specificare)
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						

VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO A SOGGETTI ALTRI

INDICARE NOME, COGNOME, ETA', RESIDENZA, CONDIZIONE LAVORATIVA (N.B.: se il soggetto è senza reddito o con reddito ridotto derivato da contratto di lavoro part-time, indicare se tale condizione è dovuta alla perdita dell'occupazione o si tratta di una scelta per garantire assistenza alla persona fragile)	A	B	C	D	E	Altro (Specificare)
1)						
2)						

Vi sono familiari che usufruiscono di permessi retribuiti continuativi per l'assistenza al congiunto ai sensi della L.104/92 o altre: SI NO

Chi ne usufruisce (Nome e cognome e relazione di parentela) _____

Durata dei permessi (Precisare se si tratta dei tre giorni mensili o del congedo straordinario) _____

PARTICOLARITA' DA SEGNALARE RIGUARDO LA COMPOSIZIONE FAMILIARE O L'ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

Assistente Familiare assunto:

- Nessuno
- Assistente Familiare Part Time < 54h settimanali
- Assistente Familiare Full Time => 54h settimanali
- Altro (specificare) _____

Compiti di cura assicurati dall'Assistente Familiare da sostenere con il Buono previsto dalla Misura B2

- Assistenza nell'igiene/cura della persona
- Assistenza nella mobilità (entrare/uscire dal letto; alzarsi dalla sedia)
- Assistenza durante i pasti (tagliare il cibo/imboccare)
- Preparazione dei pasti
- Somministrazione dei farmaci
- Altro (specificare) _____

3. INTERVENTI SANITARI E SOCIO ASSISTENZIALI GIA' IN ATTO (a cura del S.S.B.)

Interventi sanitari, sociosanitari o sociali già attivati:

- Riconoscimento **Buono B1** (gravissime disabilità)
- Progetto **HOME CARE PREMIUM**
- Beneficiario **PROGETTO PRO.VI.**
- Misura **RSA APERTA**
- Misura **BONUS ASSISTENTE FAMIGLIARE**
- Misura DGR 7487/2017 E DGR 2564/2019 (**REDDITO AUTONOMIA**)
- Beneficiario **PROGETTO L.112/2016 "DOPO DI NOI"**
- Accoglienza definitiva presso **RSA, RDS, CSS HOSPICE, RESIDENZIALITA' PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITA'**
- Protesi/Ausili Contributi L.23/95 (Art.4, comma 4 e 5)

Indicare nome servizio, figura professionale e ore intervento/frequenza:

- ADI** _____
- Frequenza di **CDD** _____
- Frequenza di **CSE/SFA** _____
- Frequenza di **CENTRO DIURNO PSICHIATRIA** _____

Indicare nome servizio, figura professionale e ore intervento/frequenza:

- Frequenza di **CDI**
- Frequenza di **CFPP**
- Utente in carico **SAD**
- Utente in carico **SERVIZIO PASTI**
- Utente in carico **TELESOCCORSO**
- Utente in carico **SERVIZIO LAVANDERIA**
- Utente in carico **SERVIZIO TRASPORTO**
- Frequenza di **CDC**
- Frequenza di **CDP**
- Altro _____

Periodi di sollievo presso:

Indicare nello specifico nome del servizio e durata:

- RSD**
- CSS/CAH**

4. MISURE PER CUI SI CHIEDE LA VALUTAZIONE

Barrare la misura indicata dal beneficiario in base alla fascia ISEE dello stesso.

Buono Caregiver e Buono Assistente Familiare non sono cumulabili.

Il Buono Assistente Familiare non è compatibile con la DGR 7605/2022 – 7799/2023 (Caregiver Familiare).

Il buono caregiver è cumulabile o con il voucher o con il sostegno al Caregiver non con entrambi.

ANZIANI	MISURA B2 DGR 7751/2022				MISURA CAREGIVER FAMILIARE DGR 7605/2022 e DGR 7799/2023 con assistenza fornita dal SOLO caregiver familiare			
	BUONO CAREGIVER FAMILIARE max € 1.200,00 (A)		VOUCHER SOCIALE € 200,00 (C.1)	BUONO ASSISTENTE FAMILIARE max € 2.000,00 (B)		SOSTEGNI CAREGIVER FAMILIARE è possibile utilizzare più interventi fino ad una quota massimacomplexiva di € 1.200,00 (E)		
STRUMENTI COMPATIBILITA' E INCOMPATIBILITA' DELLE MISURE	non frequentante servizi € 1.200,00	frequentante servizi € 600,00	monitoraggio di tutte le situazioni non in carico ad ADI, SAD, Servizi ecc.	assistenza da personale regolarmente assunto PART TIME <=54h.set € 1.000,00	assistenza da personale regolarmente assunto FULL TIME >= 54h.set € 2.000,00	RIMBORSO SPESE intervento domiciliare di sollievo	RIMBORSO SPESE intervento extrafamiliare di sollievo	VOUCHER di formazione e addestramento al caregiver familiare nell'attività di cura
BUONO CAREGIVER FAMILIARE Isee <= 12.500,00 €			attribuito dal S.S.B. e dall'Ambito					
BUONO ASSISTENTE FAMILIARE Isee <= 16.500,00 €			attribuito dal S.S.B. e dall'Ambito					
VOUCHER E/O INTEGRAZIONE AL CAREGIVER Isee < 25.000,00 €			attribuito dal S.S.B. e dall'Ambito					

* apporre una X solo negli spazi bianchi per indicare le opzioni scelte

PERSONE ADULTE CON DISABILITA'	MISURA B2 DGR 7751/2022				MISURA CAREGIVER FAMILIARE DGR 7605/2022 e DGR 7799/2023 con assistenza fornita dal SOLO caregiver familiare			MISURA B2	
	BUONO CAREGIVER FAMILIARE max € 1.200,00 (A)		VOUCHER SOCIALE € 1.200,00 (C.2)	BUONO ASSISTENTE FAMILIARE max € 2.000,00 (B)		SOSTEGNI CAREGIVER FAMILIARE è possibile utilizzare più interventi fino ad una quota massimacomplexiva di € 1.200,00 (E)			ASSEGNO PER L'AUTONOMIA € 2.500,00 (D)
STRUMENTI COMPATIBILITA' E INCOMPATIBILITA' DELLE MISURE	non frequentante servizi /scuola € 1.200,00	frequentante servizi scuola € 600,00	per il sostegno al benessere di disabili adulti attraverso progetti specifici di natura socializzante e/o di supporto alla presa in carico	assistenza da personale regolarmente assunto PART TIME <=54h.set € 1.000,00	assistenza da personale regolarmente assunto FULL TIME >= 54h.set € 2.000,00	RIMBORSO SPESE intervento domiciliare di sollievo	RIMBORSO SPESE intervento residenziale extrafamiliare di sollievo	VOUCHER di formazione e addestramento al caregiver familiare nell'attività di cura	buono economico per persone con disabilità grave e con capacità di autodeterminazione ed espressione delle propria volontà
BUONO CAREGIVER FAMILIARE Isee <= 12.500,00 € <u>è abbinabile ad un solo ulteriore intervento tra voucher o integrazione al caregiver</u>			alternativa a misura 7605/2022 Caregiver Familiare			alternativa alla misura voucher sociale B2	alternativa alla misura voucher sociale B2	alternativa alla misura voucher sociale B2	
BUONO ASSISTENTE FAMILIARE Isee <= 16.500,00 €									
VOUCHER E/O INTEGRAZIONE AL CAREGIVER Isee <= 25.000,00 €									
ASSEGNO PER L'AUTONOMIA Isee <= 30.000 €									

* apporre una X solo negli spazi bianchi per indicare le opzioni scelte

MINORI CON DISABILITA'	MISURA B2 DGR 7751/2022				MISURA CAREGIVER FAMILIARE DGR 7605/2022 e DGR 7799/2023 con assistenza famita dal SOLO caregiver familiare				
	BUONO CAREGIVER FAMILIARE max € 1.200,00 (A)		VOUCHER SOCIALE interventi cumulabili sino al raggiungimento del limite massimo complessivo di € 2.000,00 (C.3)		BUONO ASSISTENTE FAMILIARE max € 2.000,00 (B)		SOSTEGNI CAREGIVER FAMILIARE è possibile utilizzare più interventi fino ad una quota massima complessiva di € 1.200,00 (E)		
STRUMENTI COMPATIBILITA' E INCOMPATIBILITA' DELLE MISURE	non frequentante servizi/scuola € 1.200,00	frequentante servizi/scuola € 600,00	interventi specifici di natura socializzante max € 500,00	progetti individualizzati natura educativ- socializzante di presa in carico complessiva che indichino una pluralità di interventi	assistenza da personale regolamente assunto PART TIME <=54h.set € 1.000,00	assistenza da personale regolamente assunto FULL TIME >= 54h.set € 2.000,00	RIMBORSO SPESE intervento temporaneo di sollevio	RIMBORSO SPESE intervento temporaneo extrafamiliare di sollevio	VOUCHER di formazione e addestramento al caregiver familiare nell'attività di cura
BUONO CAREGIVER Isee Familiare <= 40.000,00 € è abbinabile ad un solo intervento tra voucher o integrazione al caregiver			alternativa a misura 7605/2022 Caregiver Familiare	alternativa a misura 7605/2022 Caregiver Familiare			alternativa alla misura voucher sociale B2	alternativa alla misura voucher sociale B2	alternativa alla misura voucher sociale B2
BUONO ASSISTENTE FAMILIARE Isee Familiare <= 40.000,00 €									
VOUCHER SOCIALE E/O SOSTEGNI CAREGIVER FAM. Isee Familiare <= 40.000,00 €									

* apporre una X solo negli spazi bianchi per indicare le opzioni scelte

IPOTESI DI INTERVENTO

Voucher:

(Es: Intervento Educativo, Specifico, ecc.)

Specificare: figura professionale incaricata dell'intervento/n° ore settimanali di intervento/n° accessi settimanali/ durata complessiva dell'intervento/ obiettivi da raggiungere

Intervento che sostituisce il lavoro di cura del caregiver

(Es. Sollevio, ecc.)

Valutazione Sociale:

SSB: A.S.

Cognome nome:

AMBITO: A.S.

Cognome nome:

VALUTAZIONE INTEGRATA:

ASST:

AS _____

INFERMIERE _____

MEDICO _____

5. ESITO DELLA DOMANDA
- COMPILAZIONE A CARICO DELL'AMBITO -

Eventuale valutazione integrata effettuata in data |__|_|/|__|_|/2|0|2|_|_|

Modalità integrazione ATS/Comune: Informazioni Confronto Condivisione

- Persona **appropriata** alla misura B2
- Persona NON appropriata misura B2
- Persona NON appropriata misura B2 e rinviata alla ATS per valutazione altre misure/interventi
- Persona **appropriata** alla misura CAREGIVER FAMILIARE
- Persona NON appropriata misura CAREGIVER FAMILIARE
- Persona NON appropriata misura CAREGIVER FAMILIARE e rinviata alla ATS per valutazione altre misure/interventi

---- **DURATA DELLA MISURA: dodici mesi dall'approvazione della graduatoria** ---

Misura riconosciuta ai sensi della DGR 7751/2022 (B2):

- Buono sociale mensile caregiver familiare
- Buono sociale mensile assistente familiare
- Buono sociale mensile progetto vita indipendente
- Voucher sociale
- Voucher vita indipendente

VALORE MENSILE BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE: € _____

VALORE MENSILE BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE: € _____ erogabili previa presentazione della documentazione comprovante la spesa sostenuta

ASSEGNO PER L'AUTONOMIA: € _____

VOUCHER SOCIALE ANZIANI: € _____ attribuito dal SSB e dall'Ambito per monitoraggio delle situazioni non in carico ad ADI, SAD, servizi ecc.

VOUCHER ADULTI DISABILI: € _____ per il sostegno al benessere di disabili adulti attraverso progetti specifici di natura socializzante e/o di supporto alla presa in carico del caregiver

VOUCHER SOCIALE MINORI: Fino ad un massimo di € _____ per interventi di sollievo del carico di cura familiare

VOUCHER SOCIALE MINORI: Fino ad un massimo di € _____ per interventi specifici di natura educativa, che favoriscano il benessere psicofisico (cres, attività in acqua per disabili ecc.), erogabili previa presentazione della documentazione comprovante la spesa sostenuta (Importo rideterminato in base progetto presentato dal Servizio Sociale di Base del Comune di residenza)

---- **DURATA DELLA MISURA: Dall'01.01.2023 al 31.12.2023** ----

Misura riconosciuta ai sensi della DGR 7605/2022 – 7799/2023 (in presenza del solo Caregiver Familiare):

- Rimborso spese sostegni
- Voucher per interventi di formazione e sostegno

RIMBORSO SPESE SOSTEGNI (Caregiver familiare): Fino ad un massimo di € _____ per interventi che sostituiscono il lavoro di cura del caregiver;

VOUCHER SOSTEGNI (Caregiver familiare): Fino ad un massimo di € _____ per interventi di formazione/addestramento al caregiver familiare nell'attività di cura.

Eventuali note _____

Esito della domanda a cura di:

Referente Amministrativo: Angela Bertulesi

Assistente Sociale: Marta Corti

Il rappresentante Ambito Firma _____

Data _____

6. CONDIVISIONE E SOTTOSCRIZIONE DA PARTE DEL BENEFICIARIO

Persona beneficiaria _____

o familiare/tutore/ADS _____

Si ricorda che il contributo spettante potrà essere accreditato esclusivamente su IBAN intestato o cointestato al beneficiario della misura. In caso di minori, il contributo può essere eventualmente accreditato su IBAN intestato ai genitori. Non è in alcun modo possibile provvedere alla liquidazione del contributo su carte prepagate o su libretti postali (nemmeno se dotati di IBAN). Non è in alcun modo possibile sottoscrivere delega per accreditare il contributo ad altri che non sia il beneficiario della misura. Eventuali spese a carico dell'Ente pagatore conseguenti a IBAN non idonei, verranno decurtate dal contributo.

In caso di Voucher e/o Rimborso spese compilare quanto di seguito:

Servizio/Ente erogatore per prestazione specifica **CRES:** _____
(L'importo viene erogato dall'Ambito con quietanza in favore dell'Ente Erogatore)

Servizio /Ente erogatore per prestazione specifica: _____
Tipologia di Intervento specifico _____
(L'importo viene erogato dall'Ambito al beneficiario a rimborso previa presentazione della documentazione comprovante la spesa sostenuta)

Servizio/Ente erogatore per **intervento educativo o specifico di natura socializzante e/o di supporto alla presa in carico del caregiver:** _____
(L'importo viene erogato dall'Ambito con quietanza in favore dell'Ente Erogatore che ha risposto alla manifestazione di interesse)

Data _____ Firma _____

Qualunque variazione in merito al riconoscimento dell'invalidità civile e/o accompagnamento deve essere tempestivamente comunicata all'Assistente Sociale del Comune di residenza.

Eventuali note _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data _____ Firma _____

Parte riservata all'Ambito, da compilarsi in caso di chiusura della pratica:

Revoca della Misura in data _____

Motivazione

- Trasferimento residenza in altra Regione
- Ricovero definitivo in RSA/RSD
- Ricovero in Hospice
- Decesso
- Trasferimento in Comunità Alloggio / Comunità Socio sanitaria
- Passaggio alla misura B1
- Conclusione a seguito di rivalutazione che modifica il progetto precedentemente previsto
- Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR N. 2564/2019)
- Misura **PROGETTO PRO.VI.** (persona regolarmente assunta)
- Misura **RSA APERTA**
- Altro _____