

**Ambito di Treviglio**

**DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI O BUONI SOCIALI**

**PER INTERVENTI PER LE NON AUTOSUFFICIENZE - ANNO 2019**

**ALLEGATO D**

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

|  |
| --- |
| Cognome: Nome:  |
| MMG/PDF: |

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

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

 |
| Caregiver principale (nome e cognome, grado di parentela/relazione): **…………………………………………………………………** |
| Tutore **□** Curatore **□** Amministratore di sostegno **□****(nome e cognome) …………………………………………………………………** |
| Altre figure di riferimento specificare (es: vicini, volontari, amici, ecc.) |

|  |
| --- |
| **Sintesi della situazione personale e assistenziale del beneficiario al momento della valutazione** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Interventi sanitari e sociosanitari attivi a favore del beneficiario** | **Specificare: tipologia intervento, n° ore/prestazioni, valore economico, etc.** |
| 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** |  |
| Altre progettualità (RSA aperta, Home Care Premium, Pro.vi, Reddito autonomia, DOPO DI NOI, REI / REDDITO DI CITTADINANZA, etc. specificare) …………………………………………………………………………………………………. |  **si** |  |

|  |
| --- |
| **OBIETTIVI DEL PROGETTO E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO** |
|  |

|  |
| --- |
| **(PER BUONI CARE GIVER E BADANTI) descrizione delle prestazioni assicurate dal caregiver familiare e/o personale di assistenza regolarmente assunto da sostenere con il Buono.** |
|  |

|  |
| --- |
| **(PER BUONI VITA INDIPENDENTE) definizione degli interventi da sostenere con il Buono previsto dalla presente Misura nel caso di progetti di vita indipendente.** |
|  |

|  |
| --- |
| **(PER VOUCHER SOCIALI MINORI) definizione degli interventi da sostenere con il VOUCHER SOCIALE MINORI.** |
|  |

|  |
| --- |
| **TEMPI E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE** |
|  |

|  |
| --- |
| **ENTE GESTORE ACCREDITATO (ragione sociale) E UNITA’ DI OFFERTA INDIVIDUATI / EVENTUALI PARTNER COINVOLTI (se pertinente)** |
|  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME E FIRMA ASSISTENTE SOCIALE NOME E FIRMA BENEFICIARIO E/O REFERENTE

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

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

Solo per progetti con valutazione congiunta con ASST

NOME E FIRMA REFERENTE ASST NOME E FIRMA CASE MANAGER

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

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