



PROGETTO INDIVIDUALE (P.I.)
MISURE A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE
(DGR 7605/2022 e DGR 7799/2023)

DATI ANAGRAFICI BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ --- _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				
5				

CARE GIVER FAMILIARE come definito dall'art. 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017 n. 205

Cognome e Nome	Convivente	n. ore settimanali assistenza	Mansioni

VALUTAZIONE SOCIALE/MULTIDIMENSIONALE

CONDIZIONE DI FRAGILITA'

INVALIDITA' CIVILE _____% _____ Certificato di gravità art. 3 c.3 L. 104/1992 In corso di validità

DIAGNOSI _____

ADL _____ IADL _____

RELAZIONE SOCIALE

Beneficiario (sintesi anamnestica e funzionale, percezione della propria condizione di bisogno e aspirazioni personali)	
Famiglia (rilevare potenzialità e fragilità quali stress, presenza di problematiche sanitarie o psicologiche, altro)	
Salute (interventi sanitari e sociosanitari e sociali)	
Rete (adeguatezza degli interventi in essere / necessità di implementazione - connessione tra i nodi della rete/ necessità di connessione)	
Condizione abitativa (valutare complessivamente Adeguatezza spazi/Condizioni igieniche/Vicinanza servizi/barriere architettoniche)	

CONDIZIONE ECONOMICA

Pensione di invalidità _€ _____ Pensione di anzianità/vecchiaia _€ _____

Indennità accompagnamento _€ _____

VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO NUCLEO FAMILIARE _____ scadenza _____

VALORE ATTESTAZIONE ISEE SOCIO SANITARIO BENEFICIARIO _____ scadenza _____

FREQUENZA SERVIZI E INTERVENTI

<input type="checkbox"/>	Non frequenta al momento nessuno servizio	Note _____
<input type="checkbox"/>	Frequenza istituto scolastico	Se sì quale _____ N. ore
<input type="checkbox"/>	Frequenta SFA/CSE/CD/CDI/CDD	Se sì quale _____ N. ore <input type="checkbox"/> Con compartecipazione quota comunale
<input type="checkbox"/>	Beneficiario di Interventi/misure comunali (es. SAD)	Se sì quale _____ <input type="checkbox"/> Con compartecipazione quota comunale
<input type="checkbox"/>	Fruitore servizio ADI	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Misura Dopo di Noi	Se sì quale _____
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.r. 15/2015	
<input type="checkbox"/>	Beneficiario Home Care Premium INPS HCP	
<input type="checkbox"/>	Presenza nello stesso nucleo familiare di altro percettore della misura	Se sì Nominativo e Intervento _____

IPOTESI PROGETTUALE

Obiettivo progetto	
Importo richiesto	

<input type="checkbox"/>	I. intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare. Si tratta di interventi complementari a quelli già attivi (extra piano di intervento) nello specifico (<i>descrivere intervento</i>) _____
<input type="checkbox"/>	II. intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati) nello specifico (<i>descrivere intervento</i>) _____

Equipe Valutazione Sociale del...../ Multidimensionale del

Ente Appartenenza	Nominativo Operatore	Firma
Comune		
ASST		

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON:	Data e luogo:	Nominativo	Firma
<input type="checkbox"/> Beneficiario/Familiare			
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno			
<input type="checkbox"/> Tutore/Curatore			