



<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Spedali Civili</p>	
---	---

Ambito territoriale Brescia Est	Comune di <input type="text"/>
---------------------------------	--------------------------------

PROGETTO INDIVIDUALE – MISURA B2 DGR 7751/2022

Per il Sig./Sig.ra	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

Nato/a a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
----------	----------------------	----	----------------------

Residente a	<input type="text"/>	Domiciliato /a a	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------------------	----------------------

Tel.	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
------	----------------------	--------	----------------------

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

MMG	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
-----	----------------------	------	----------------------

Data domanda di accesso alla Misura	<input type="text"/>
-------------------------------------	----------------------

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

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 ovvero <input type="checkbox"/> beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 e ss.mm.ii. L. 508/1988
<input type="checkbox"/> con valore ISEE sociosanitario fino a max € 25.000,00 e ISEE ordinario (minori) fino a max € 40.000,00

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Nome e cognome	Data di nascita	Grado di parentela

EQUIPE VALUTATIVA INTEGRATA (ASST/AMBITO-COMUNE)

Figura professionale	Nome e cognome	Ente di appartenenza

FIGURE DI RIFERIMENTO/SOSTEGNO

CAREGIVER FAMILIARE *

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

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"/>
<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 / IPAD	
<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"/>

in ALTRO è possibile inserire HOME CARE PREMIUM - Dopo di Noi - Bonus Assistente familiare Regione Lombardia - ProVI

CERTIFICAZIONI

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

DIAGNOSI (specificare tipologia diagnosi classificazione ICD9) vedi elenco condizioni nella pagina successiva

VALORE ISEE SOCIOSANITARIO E/O ORDINARIO (minori) IN CORSO DI VALIDITA'

--

Note Sociali:

--

IDONEO ALLA MISURA B2: SI NO

periodo di erogazione dal al

Interventi/prestazioni da erogare:

Buono Sociale Mensile € finalizzato a compensare:

prestazioni assicurate dal solo caregiver familiare (min € 100,00 max € 400,00)

prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto (max € 800,00)

Buono Sociale Mensile € (max € 800,00) finalizzato a sostenere Progetti di "Vita Indipendente" (ISEE sociosanitario ≤ € 30.000,00)

Voucher sociale € finalizzato al sostegno della vita di relazione di **minori con disabilità** per Progetti educativo/socializzanti

MAX 40 ore

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:

Ruolo, mansioni e responsabilità dell'operatore

ALTRE FORME INTEGRATIVE DI SOSTEGNO AI BISOGNI DELL'UTENTE:

REVISIONE/VERIFICA P.I.

<input type="checkbox"/> per rinnovo	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per richiesta familiare	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per richiesta utente	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> per richiesta Comune	data	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> altro (specificare) <input type="text"/>	data	<input type="text"/>

MOTIVAZIONI:

CASE MANAGER DEL PROGETTO

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>		
Ente di Appartenenza (ASST/COMUNE) <i>specificare</i> <input type="text"/>			

Firma degli Operatori Referenti di Comune e ASST

Firma Case Management Comune

* Firma Operatore Referente ASST

* operatore generalmente coinvolto nella redazione dei PEI

Luogo e Data

Firma del genitore o tutore