

<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

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

di qualsiasi età, al domicilio, che evidenzia gravi limitazioni della capacità funzionale

in condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 c.3 L. 104/92
ovvero

beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 e ss.mm.ii. L. 508/1988

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