

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 INTERVENTI DIRETTI: SI [] NO []

periodo di erogazione dal

al

Interventi/prestazioni da erogare:

Interventi di inclusione/socializzazione in contesti socializzanti (ADP)

Interventi tutelari ed educativi al domicilio (ADM)

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