



COMUNE DI PIEVE EMANUELE

ENTE CAPOFILA
DISTRETTO SOCIALE 6 – ATS Città
Metropolitana di Milano



Binasco – Casarile – Lacchiarella – Noviglio - Pieve Emanuele – Vernate - Zibido San Giacomo

All. B2

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA
DGR n. 6674/2017
MISURA ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA

COMUNE DI _____

Beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

Care Giver Progetto:

- Familiare Assistente Personale
 Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione...)
 altro (specificare) _____

ISEE:

Valore ISEE: € | _ | _ | _ | _ | _ | _ | , | _ | _ |

Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

Interventi di Accompagnamento all'autonomia

- Età compresa tra i 26 e i 45 anni;
- età compresa tra i 18 e i 55 anni
- persone non frequentanti servizi diurni
- persone frequentanti SFA e CSE
- persone frequentanti CDD

DESCRIZIONE PRESTAZIONI/INTERVENTI ATTIVI

Frequenza servizi diurni _____

Frequenza Adi

Frequenza SAD

ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

PUNTEGGIO SCALA ADL

CLASSE Si Di _____

Assistente Sociale Comune: Firma:

Care Giver: Sig. Firma:

In qualità di: Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Familiare:

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) Firma:

.....

Data: |__|_|/|__|_|/2|0|1|8|

Allegati:

- **Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.**
- **Tabella sintesi punteggi del beneficiario**

All. B3

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA
DGR n. 6674/2017
MISURA SOSTEGNO AL CANONE DI LOCAZIONE/SPESE CONDOMINIALI

COMUNE DI _____

Beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

Care Giver Progetto:

- Familiare Assistente Personale
 Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione...)
 altro (specificare) _____

ISEE:

Valore ISEE: € | _ | _ | _ | _ | _ | _ | , | _ | _ |

Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

Interventi di sostegno al pagamento del canone di locazione/spese condominiali

- disabili gravi residenti presso residenzialità autogestita,
- disabili gravi residenti presso soluzioni residenziali di Cohousing /Housingpersone

ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

PUNTEGGIO SCALA ADL

CLASSE Si Di _____

Assistente Sociale Comune: Firma:

Care Giver: Sig. Firma:

In qualità di: Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Familiare:

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) Firma:

.....

Data: |_|_|/|_|_|/2|0|1|8|

Allegati:

- **Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.**
- **Tabella sintesi punteggi del beneficiario**

All. B4

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA

DGR 6674/2017

MISURA RESIDENZIALITA' IN GRUPPO APPARTAMENTO CON ENTE GESTORE

COMUNE DI _____

Beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

Care Giver Progetto:

- Familiare Assistente Personale
- Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)
- altro (specificare) _____

ISEE:

Valore ISEE: € |_|_|_|_|_|_|_|_|, |_|_|_|

Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

Interventi di Residenzialità in gruppo appartamento con Ente Gestore

- persona già accolta nella residenzialità oggetto del presente programma (senza limite di età)
- persone di nuovo accesso indipendentemente dall'età, se la persona/famiglia ha avviato un percorso di messa a disposizione di proprio patrimonio immobiliare
- persona di nuovo accesso in fascia di età 45/64 anni

DESCRIZIONE PRESTAZIONI/INTERVENTI ATTIVI

Frequenza servizi diurni _____

Frequenza Adi

Frequenza SAD

ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

PUNTEGGIO SCALA ADL

CLASSE Si Di _____

Assistente Sociale Comune: Firma:

Care Giver: Sig. Firma:

In qualità di: Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Familiare:

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) Firma:

.....

Data: |_|_|/|_|_|/2|0|1|8|

Allegati:

- **Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.**
- **Tabella sintesi punteggi del beneficiario**

All. B5

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA
DGR n. 6674/2017
MISURA RESIDENZIALITA' IN GRUPPO APPARTAMENTO AUTOGESTITO O HOUSING/CO
HOUSING

COMUNE DI _____

Beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

Care Giver Progetto:

- Familiare Assistente Personale
 Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)
 altro (specificare) _____

ISEE:

Valore ISEE: € | _ | _ | _ | _ | _ | _ | , | _ | _ |

Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

Interventi di Residenzialità in gruppo appartamento autogestito

- persona già accolta nella residenzialità oggetto del presente programma (senza limite di età)
- persone di nuovo accesso indipendentemente dall'età, se la persona/famiglia ha avviato un percorso di messa a disposizione di proprio patrimonio immobiliare
- persona di nuovo accesso in fascia di età 45/64 anni

DESCRIZIONE PRESTAZIONI/INTERVENTI ATTIVI

Frequenza servizi diurni _____

Frequenza Adi _____

Frequenza SAD _____

ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

PUNTEGGIO SCALA ADL

CLASSE SI DI _____

Assistente Sociale Comune: Firma:

Care Giver: Sig. Firma:

In qualità di: Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Familiare:

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) Firma:

.....

Data: |_|_|/|_|_|/2|0|1|8|

Allegati:

- **Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.**
- **Tabella sintesi punteggi del beneficiario**

All. B6

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA

DGR n. 6674/2017

**MISURA RISTRUTTURAZIONE- ELIMINAZIONE BARRIERE-MESSA A NORMA IMPIANTI-
ADATTAMENTI DOMOTICI**

COMUNE DI _____

Beneficiario/Proprietario /gestore appartamento:

Cognome _____ Nome _____

Specificare: _____

Care Giver Progetto:

- Familiare
- Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)
- altro (specificare) _____

ISEE:

Valore ISEE: € |_|_|_|_|_|_|_|_| , |_|_|_|

Preventivo relativo alla richiesta del Voucher

Valore € |_|_|_|_|_|_|_|_| , |_|_|_|

Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

Interventi di Ristrutturazione- eliminazione barriere- messa a norma impianti -adattamenti domotici

- Gruppo appartamento / Cohousing/Housing
 - patrimoni immobiliari resi disponibili da famiglia e/o reti associative familiari (trust familiare)
 - proprietà Ente pubblico
 - Edilizia Popolare
 - proprietà Ente Privato No Profit ONLUS
- Abitazione della persona disabile grave messa a disposizione

ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

Motivare brevemente la congruità progettuale con il voucher richiesto per l'avanzamento della progettualità: _____

Assistente Sociale Comune: Firma:

Care Giver: Sig. Firma:

In qualità di: Amministratore di sostegno Tutore Curatore Familiare:

Beneficiario/Proprietario o gestore appartamento:

Firma.....

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) Firma:

.....

Data: |_|_|/|_|_|/20|1|8|

All. B7

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA
DGR n. 6674/2017
MISURA PRONTO INTERVENTO

COMUNE DI _____

Beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

Care Giver Progetto:

- Familiare Assistente Personale
- Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)
- altro (specificare) _____

ISEE:

Valore ISEE: € |_|_|_|_|_|_|_|_|, |_|_|_|

Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

Interventi di Pronto Intervento

- persona già accolta nella residenzialità oggetto del presente programma (senza limite di età)
- persone di nuovo accesso indipendentemente dall'età, se la persona/famiglia ha avviato un percorso di messa a disposizione di proprio patrimonio immobiliare
- persona di nuovo accesso in fascia di età 45/64 anni

DESCRIZIONE PRESTAZIONI/INTERVENTI ATTIVI

Frequenza servizi diurni _____

Frequenza Adi

Frequenza SAD

ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

PUNTEGGIO SCALA ADL

CLASSE SI DI _____

Assistente Sociale Comune: Firma:

Care Giver: Sig. Firma:

In qualità di: Amministratore di sostegno Tutore Curatore

Familiare:

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) Firma:

.....

Data: |_|_|/|_|_|/2|0|1|8|

- **Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.**
- **Tabella sintesi punteggi del beneficiario**