**SOSTEGNI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITÁ DI CUI AL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE 2024 – ESERCIZIO 2025**

**PROGETTO INDIVIDUALE PERSONALIZZATO E PARTECIPATO**

|  |
| --- |
| Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Composizione del Nucleo Familiare** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Grado parentela | età | occupazione | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Caregiver familiare (cognome e nome):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recapito telefonico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Grado di parentela: Primo □ Secondo **□** Terzo **□** |
| **Rappresentante legale**:  Tutore □Curatore **□** Amministratore di sostegno **□**  (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Altre figure di riferimento specificare (es: vicini, volontari, amici, ecc.)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESITO VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE** (*le schede di valutazione vanno compilate e allegate in quanto parte integrante del progetto*) | |
| Punteggio Scheda di Valutazione sociale: |  |
| Punteggio Scheda ADL: |  |
| Punteggio Scheda IADL: |  |

|  |
| --- |
| **SINTESI DELLA SITUAZIONE PERSONALE E ASSISTENZIALE DEL BENEFICIARIO AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTERVENTI/SERVIZI ATTIVI** | | |
| SERVIZI/INTERVENTI SOCIALI (CONTRIBUTI SOCIALI) | SI | NO |
| RICOVERO DI SOLLIEVO RSA/RSD | SI | NO |
| ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) | SI | NO |
| SAD COMPRESO SERVIZI INTEGRATIVI (PASTI, TRASPORTO, ECC.) | SI | NO |
| PROTESI E AUSILI | SI | NO |
| MISURA CASE MANAGEMENT EX DGR 392/2013 | SI | NO |
| SERVIZI PRIMA INFANZIA / SCUOLA INFANZIA | SI | NO |
| SCUOLA PRIMARIA / SCUOLA SECONDARIA | SI | NO |
| CSE ≤ 18H/SETTIMANA | SI | NO |
| CDD ≤ 18H/SETTIMANA | SI | NO |
| CDI ≤ 18H/SETTIMANA | SI | NO |
| RIABILITAZIONE AMBULATORIALE | SI | NO |
| RIABILITAZIONE DOMICILIARE | SI | NO |
| SPERIMENTAZIONE RIABILITAZIONE MINORI AMBULATORIALE | SI | NO |
| ASSISTENZA EDUCATIVA (DOMICILIARE E/O PRESSO STRUTTURA) | SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MISURE MINITERIALI E REGIONALI IN ESSERE** | | |
| RSA APERTA | SI | NO |
| ASSEGNO DI INCLUSIONE | SI | NO |
| MISURA B1 | SI | NO |
| BONUS PER ASSISTENTE FAMILIARE EX L.R. N. 15/2015 | SI | NO |
| PRO.V.I. MINISTERIALE ATTIVATO DALL’AMBITO TERRITORIALE | SI | NO |
| VOUCHER ANZIANI AL CAREGIVER FAMILIARE EX DGR 7487/2017 | SI | NO |
| PRESTAZIONI HOME CARE PREMIUM | SI | NO |
| PRESTAZIONE UNIVERSALE INPS |  |  |
| SOSTEGNO DDN | SI | NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBIETTIVI DEL PROGETTO** | |
| **DIMENSIONE DI VITA DELLA PERSONA** | **AZIONI PREVISTE** |
| 🗌 SALUTE |  |
| 🗌 ISTRUZIONE/FORMAZIONE |  |
| 🗌 LAVORO |  |
| 🗌 MOBILITA’ |  |
| 🗌 CASA |  |
| 🗌 SOCIALITA’ |  |
| 🗌 Altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **TEMPI E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

*compilare di seguito solo la sezione pertinente*

|  |
| --- |
| **BUONO SOSTEGNO CAREGIVER**  *Finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal solo caregiver familiare coinvolto attivamente nel piano di assistenza.* |
| **ASSISTENZA GARANTITA DAL CAREGIVER PER:**   * Igiene * Alimentazione * Mobilità * Gestione terapia * Supporto sociale/comunicazione |
| Descrizione delle prestazioni garantite dal caregiver:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **In caso di beneficiario minorenne**:  Qualora il presente Progetto venga firmato da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile, si presuppone la condivisione dei contenuti da parte di entrambi i genitori.  Il genitore richiedente dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver informato l’altro genitore e di averne acquisito il consenso informato.  FIRMA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **BUONO PER ASSISTENTE FAMILIARE PERSONALE ADULTI/ANZIANI**  *Riconosciuto in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza di caregiver familiare.* (il contratto di lavoro va allegato in quanto parte integrante del progetto) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **TIPOLOGIA** | **SPESA** | **EVENTUALI NOTE** | | Tempo pieno |  |  | | Part-time |  |  | |

|  |
| --- |
| **ASSEGNO PER L’AUTONOMIA E LA VITA INDIPENDENTE, ADULTI**  *In alternativa ai buoni sociali, presenza dei requisiti ministeriali richiesti dal Pro.Vi, alle persone che intendono realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza il supporto del caregiver familiare, ma con l’ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente impiegato viene riconosciuto un contributo economico solo in presenza di una progettualità di vita indipendente condivisa tra Ambito e ASST.* |
| Descrizione della progettualità di vita indipendente e delle prestazioni garantite dall’assistente familiare:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **VOUCHER PER MINORI (under 18 anni alla data di presentazione della domanda) – 120 ore/anno**  *Interventi di assistenza domiciliare ex Legge 234/2021, art. 1 c. 162 lett. a) e lett. b)* |
| **ENTE GESTORE ACCREDITATO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DESCRIZIONE ATTIVITA’: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Budget di progetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Figura professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **VOUCHER PER ADULTI E ANZIANI - 120 ore/anno**  *Interventi di assistenza domiciliare ex Legge 234/2021, art. 1 c. 162 lett. a) e lett. b)* |
| **ENTE GESTORE ACCREDITATO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DESCRIZIONE ATTIVITA’: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Budget di progetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ore assegnate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’Assistente sociale comunale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della persona/rappresentante giuridico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma caregiver familiare (se buono sostegno caregiver): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del referente Ambito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Solo per progetti con valutazione congiunta con ASST*

Firma del referente ASST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Case manager /responsabile del caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali. Si informa la S.V. che i dati personali sopra riportati sono utilizzati dal Comune per la concessione della prestazione sociale richiesta e sono utilizzati con modalità e procedure strettamente necessarie allo scopo. Il conferimento dei dati è necessario ai fini dell’ottenimento della prestazione sociale richiesta e un eventuale rifiuto da parte della S.V. impedisce al Comune di dar seguito alla presente richiesta. Il trattamento è realizzato secondo le prescrizioni stabilite dal decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, con l’ausilio di strumenti informatici ed è svolto da personale comunale. La S.V. ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati e come vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al trattamento. Si informa, altresì, che i suoi dati possono essere comunicati ai soggetti individuati nel regolamento dei dati sensibili e giudiziari, approvato dal Consiglio comunale con deliberazione n. 75/12 del 27/03/2006 e ad eventuali altri soggetti, qualora ciò sia prescritto da ulteriori disposizioni normative. Titolare del trattamento è il Comune di Bergamo; *Responsabile del procedimento* è la Responsabile dell’Ufficio di Piano, dott.ssa Gabriella Paganelli. Mail: udpambitobergamo@comune.bg.it, Tel: 035.399840. Dei dati forniti possono venire a conoscenza i soggetti preposti alla pratica, in qualità di incaricati del trattamento.