|  |  |
| --- | --- |
| Ambito territoriale |  |
| Comune |  |

|  |
| --- |
| ***PROGETTO INDIVIDUALE – PRO.VI*** D.G.R n. XII/1669/2023 e D.G.R. n. XII/2033 – FNA 2023, ESERCIZIO 2024 Pro.vi 2022 esercizio 2024/2025 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

**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:** |
| coniuge/convivente  | madre  | Sorella/e  | Cognato/a  |
| Figlio/a/i  | padre  | Cugino/a  | Zio/a  |
|  Ambedue i genitori   | Fratello/i  |  Nuora/genero  | Nessuno   |
| Altro specificare:   |  |

|  |
| --- |
| **Presenza di un amministratore di sostegno/tutore SI NO**    |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INVALIDITA’** | **RICONOSCIUTA IN DATA** | **REVISIONE IN DATA** |
|  Diritto all’indennità di accompagnamento ai sensi della L. 18/90 e successive modifiche previste dalla L. 508/88 ++ù |  |  |
|  Disabile grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/1992 (INPS) ++ù |  |  |

**VALORE ISEE IN CORSO DI VALIDITA’ ………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **PROGETTO INDIVIDUALE (PI)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Data redazione PI: |  |

|  |
| --- |
|  |
| AREA DI INTERVENTO  | DESCRIVERE IN MODO DETTAGLIATO ANCHE IN TERMINI DI QUALITA' DI VITA DELLA PERSONA E DEL SUO NUCLEO FAMILIARE E INTERVENTI PREVISTI | IPOTESI DI COSTO  |
| ASSISTENTE PERSONALE  |  |  |
| INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE  |  |  |
| ABITARE IN AUTONOMIA  |  |  |
| TRASPORTO SOCIALE  |  |  |
| AZIONE DOMOTICA  |  |  |
| TOTALE |  |  |

|  |
| --- |
| **CASE MANAGER DEL PROGETTO** |
| **NOME**  |  | **COGNOME** |  |
| **TELEFONO** |  |  |  |
| **Ente di Appartenenza (ASST/COMUNE) specificare** |  |

**Firma degli Operatori Referenti di Comune e ASST**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma Case Management Comune |  |
|  |  |
| Firma Operatore Referente ASST |  |

**SOTTOSCRITTORE PROGETTO INDIVIDUALE (UTENTE/FAMILIARE)**

***CONDIVIDO E CONCORDO QUANTO PREVISTO NEL PROGETTO INDIVIDUALE (P.I.) PROPOSTOMI DA: EQUIPE VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE TERRITORIALE/EOH/COMUNE.***

***SONO INOLTRE CONSAPEVOLE CHE LA FRUIZIONE DEI BENEFICI PREVISTI DALLA MISURA B2 DI CUI ALLA D.G.R. 5791/2021 E' SUBORDINATA: A) AL POSIZIONAMENTO UTILE DEL BENEFICIARIO NELLA GRADUATORIA CHE VERRA' COSTITUITA DAL COMUNE DI RESIDENZA E/O UFFICIO DI PIANO DELL’AMBITO DISTRETTUALE, SECONDO I CRITERI E LE PRIORITA' FISSATE DALLA D.G.R. 5791/2021; B) ALLA VERIFICA DELL'EFFETTIVA DISPONIBILITA' DELLE RISORSE NECESSARIE ALL'EROGAZIONE DEI BENEFICI.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Luogo e Data |  |  |  |
|  |  | Firma del beneficiario o suo delegato\* |

|  |
| --- |
| ***\*nota: se l’interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell’interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4. (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione).*** |

|  |
| --- |
| *Informativa della Privacy n. 679/2016/UE.****Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo della Privacy n. 679/2016, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell’accesso al******beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e/o Ufficio di Piano dell’Ambito distrettuale e/o ASST di competenza, anche con l’ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell’informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a/delegato/a******acconsente al trattamento.*** |
| Luogo e Data |  | FIRMA |  |