**Allegato B)**

**BANDO 2025 PER L’EROGAZIONE INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA E INDIRETTA A FAVORE**

**DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DI PERSONE**

**IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (MISURA B2).**

**FNA ANNUALITÀ 2024 – ESERCIZIO 2025**

**PROGETTO INDIVIDUALE**

|  |  |
| --- | --- |
| Compilato in data: |  |
| Assistente sociale: |  |

**Beneficiario**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| nato/a a  |  | il |  |
| residente a |  | in via/piazza |  |
| Codice Fiscale |  |
| Telefono/cellulare |  |

**SITUAZIONE LEGALE** *(indicare se la persona ha un amministratore di sostegno, tutore o curatore ed indicarne i riferimenti anagrafici)*

**CERTIFICAZIONI** *(riportare la diagnosi, gli estremi dei verbali di invalidità civile e L. 104/1992 e data di revisione ove presente)*

**SERVIZI ATTIVI ed EVENTUALE SUDDIVISIONE COSTI**

**TIPO DI PROGETTO RICHIESTO**

|  |
| --- |
|[ ]  buono sociale mensile per caregiver familiare |
|[ ]  buono sociale mensile per personale di assistenza regolarmente impiegato |
|[ ]  strumenti di assistenza diretta |

### Allegato 1 - BUONO SOCIALE MENSILE PER CAREGIVER FAMILIARE

**Caregiver familiare**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| nato/a a  |  | il |  |
| residente a |  | in via/piazza |  |
| Codice Fiscale |  |
| Telefono/cellulare |  |
| E-mail |  |
| Grado di parentela |  |

### ANALISI DEL BISOGNO, DEGLI OBIETTIVI E DELLE AZIONI *(in relazione alla richiesta del buono sociale mensile per caregiver familiare indicare i soggetti coinvolti, i bisogni individuati, le evidenze in termini di risultati attesi sul breve e/o medio e/o lungo periodo, le azioni)*

Luogo e data Il dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 L’assistente sociale

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Allegato 2 - BUONO SOCIALE MENSILE PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO

**Personale di assistenza regolarmente impiegato**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| nato/a a  |  | il |  |
| residente a |  | in via/piazza |  |
| Codice Fiscale |  |
| Telefono/cellulare |  |
| E-mail |  |
| Contratto  | [ ]  part time (max 30 h/sett.) |
|  | [ ]  full time (max 54 h/sett.) |

### ANALISI DEL BISOGNO, DEGLI OBIETTIVI E DELLE AZIONI *(in relazione alla richiesta del buono sociale mensile per caregiver familiare indicare i soggetti coinvolti, i bisogni individuati, le evidenze in termini di risultati attesi sul breve e/o medio e/o lungo periodo, le azioni)*

Luogo e data Il dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 L’assistente sociale

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Allegato 3 - STRUMENTI DI ASSISTENZA DIRETTA

### TIPOLOGIA DI INTERVENTO *(barrare la casella corrispondente)*

Prestazioni di respiro dall’assistenza (interventi di sollievo) che favoriscono la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:

|  |
| --- |
|[ ]  prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio; |
|[ ]  ricovero temporaneo in struttura residenziale; |
|[ ]  prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al “sollievo” |

### ANALISI DEL BISOGNO, DEGLI OBIETTIVI E DELLE AZIONI *(in relazione alla richiesta del buono sociale mensile per caregiver familiare indicare i soggetti coinvolti, i bisogni individuati, le evidenze in termini di risultati attesi sul breve e/o medio e/o lungo periodo, le azioni)*

### DURATA DEL PROGETTO *(tempi, fasi, monte ore settimanale e totale)*

### SEDE (specificare il luogo dell’intervento)

**ENTI PARTNER**

**COSTO TOTALE DELL’INTERVENTO COMPRENSIVO DI IVA**

Luogo e data Il dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 L’assistente sociale

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_