

Allegato B)

**BANDO 2025 PER L'EROGAZIONE INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA E INDIRECTA 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)*



AMBITO TERRITORIALE
VALLE IMAGNA VILLA D'ALMÈ



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*)



AMBITO TERRITORIALE
VALLE IMAGNA VILLA D'ALMÈ



ENTI PARTNER

COSTO TOTALE DELL'INTERVENTO COMPENSIVO DI IVA

Luogo e data

Il dichiarante

L'assistente sociale
