

	<p>In allegato alla dichiarazione di</p> <p>Codice fiscale</p>	
---	--	--

ACCESSO AI SOSTEGNIA FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE MISURA B2	DGR n. n.5791 del 21 dicembre 2021 PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' E IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DI CUI AL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2022 OPERATIVITÀ
--	--

## PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Dati anagrafici del minore</b>				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

<input type="checkbox"/> <b>Dati anagrafici del padre</b>				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

<input type="checkbox"/> <b>Dati anagrafici della madre</b>				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

**indicare se, nel corso del 2022, il richiedente è inserito/a stabilmente in uno dei seguenti servizi e/o usufruisce delle prestazioni elencate di seguito**

Udo/servizi	Attivo	Da attivare	N° frequenza accessi	ore	Ente erogatore	Costo del servizio
Comunità Educative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
CSE (MINORI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
SFA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Alloggi per l'Autonomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Centri Prima Infanzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Scuola primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Scuola secondaria di primo grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Centri di Aggregazione Giovanile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Centri Ricreativi Diurni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

REDDITO AUTONOMIA	DI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
RSD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ADI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SAD/SADH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ADM		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ALTRO Attività extra scolastiche sostenute dalla famiglia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Inserimento in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale (Es.:Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa)**

SI  NO

**Inserimento in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale (Es.:Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna )**

SI  NO

	Misure	Data di riconoscimento	Valore del buono
<input type="checkbox"/>	REDDITO DI CITTADINANZA		
<input type="checkbox"/>	MISURA B1		

<input type="checkbox"/>	<b>SERVIZI AGGIUNTIVI ATTIVATI DALLA FAMIGLIA, NON PRESENTI NELLA RETE DEI SERVIZI</b>

**ESITO SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE**

**Carico assistenziale in capo al CAREGIVER**

<input type="checkbox"/>	Individua come care giver familiare il/la Sig./Sig.ra				
	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Relazione con il beneficiario	N° di ore dedicate

**Esito della valutazione sociale e/o multidimensionale (sintesi dei bisogni rilevati nelle dimensioni di vita del beneficiario)**

--	--

**proposta progettuale**

Ente Erogatore:	
Monte ore assistenza educativa domiciliare/territoriale:	

Totale Monte Ore:	
Costo Orario assistenza educativa domiciliare (€):	
Costo Orario assistenza educativa territoriale (€):	
Totale costo Progetto (€):	

*Il totale delle ore progettuali non potrà essere superiore a 140 (80 ore massimo per assistenza educativa domiciliare e 60 ore massimo per assistenza educativa territoriale)*

Ciascun intervento multidimensionale prevede l'individuazione di un "responsabile del caso" (case manager) che garantisce: informazione, orientamento e accompagnamento, consulenza e sostegno alla famiglia, raccordo e coordinamento degli attori del sistema dei servizi e degli interventi in attuazione del Progetto Individuale

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Bergamo		
Luogo	Data	Il Referente di ambito
Il Case Manager	Un rappresentante ASST	