

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	_____	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



AMBITO TERRITORIALE
VALLE IMAGNA VILLA D'ALMÈ





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:

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 COMPRENSIVO DI IVA

Luogo e data

Il dichiarante

L'assistente sociale
