

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2**

SIG./SIG.RA _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

RESIDENTE A _____ Via _____

DISTRETTO DI **AZZATE** COMUNE _____

SCALA DI VALUTAZIONE UTILIZZATA: IADL _____ ADL _____

CODICE FISCALE _____

INVALIDITA' CIVILE _____ DOMANDA IN CORSO PRESENTATA IL _____

ISEE €. _____ SCADENZA _____

TIPOLOGIA ISEE:

- ORDINARIO
- SOCIO-SANITARIO: BENEFICIARIO, CONIUGE, FIGLI MINORI, MAGGIORENNI SE A CARICO
- SOCIO-SANITARIO: SOLO BENEFICIARIO SE MAGGIORENNE (NONCONIUGATO, SENZA FIGLI, CHE VIVE CON ALTRI)
- SOCIO-SANITARIO: GENITORI DEL BENEFICIARIO, SE MINORENNE(ANCHE SE NON CONIUGATI E/O NON CONVIVENTI)

Valutazione multidimensionale

Profilo funzionale sanitario:
--

Valutazione sociale (condizione familiare, abitativa e ambientale):**Care-giver Familiare**

Cognome e Nome _____ grado di parentela _____

Residente a: _____ Via: _____

Telefono _____ cell _____

Domiciliato/a a: _____ Via _____

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2

Care-giver non familiare

Cognome e Nome _____ professione _____

Residente a: _____ Via _____

Telefono _____ cell _____

Domiciliato/a a: _____ Via _____

In caso di care-giver non familiare barrare se trattasi di:

- Assistente personale h.24 Assistente personale tempo pieno (minimo 7/h al giorno)
 Assistente personale tempo parziale (meno di 7/h al giorno)
 Assistente personale qualificato h.24 Assistente personale qualificato tempo pieno (minimo 7/h al giorno)
 Assistente personale qualificato tempo parziale (meno di 7/h al giorno)
 Altro Nessuno

<p>Stato civile:</p> <p> <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato </p> <p>Titolo di studio:</p> <p> <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza scuola Media Inferiore <input type="checkbox"/> Diploma di Media Superiore <input type="checkbox"/> Diploma Universitario <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Altro _____ </p>	<p>Pensione:</p> <p> <input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> sociale <input type="checkbox"/> tipologia speciale <input type="checkbox"/> reversibilità <input type="checkbox"/> due o più tipologie <input type="checkbox"/> altro </p>	<p>Posizione nella professione:</p> <p> <input type="checkbox"/> Imprenditore <input type="checkbox"/> Dirigente <input type="checkbox"/> Impiegato, insegnante <input type="checkbox"/> Artigiano, coltivatore diretto, commerciante <input type="checkbox"/> Operaio, salariato agricolo <input type="checkbox"/> Lavorante a domicilio <input type="checkbox"/> Coadiuvante azienda conduzione familiare <input type="checkbox"/> Casalinga (che ha svolto lavoro retribuito) <input type="checkbox"/> Casalinga (che non ha svolto lavoro retribuito) <input type="checkbox"/> Pensionato (che ha lavorato) <input type="checkbox"/> Invalido, inabile (che ha svolto lavoro retribuito) <input type="checkbox"/> Invalido, inabile (anche se pensionato) <input type="checkbox"/> Invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito) <input type="checkbox"/> Disoccupato (attualmente) <input type="checkbox"/> Scolaro, studente, bambino <input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> Altro </p>
---	--	---

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2****SITUAZIONE AMBIENTALE E ABITATIVA:**

Tipologia alloggio: <input type="checkbox"/> casa di proprietà <input type="checkbox"/> domicilio presso familiari <input type="checkbox"/> Casa autonoma <input type="checkbox"/> appartamento <input type="checkbox"/> abitazione semidipend. <input type="checkbox"/> usufrutto/comodato <input type="checkbox"/> affitto da pubblico <input type="checkbox"/> affitto da privato <input type="checkbox"/> in atto di sfratto	Fruibilità ambiente di vita: <input type="checkbox"/> abitazione su unico livello <input type="checkbox"/> abitazione su più livelli <input type="checkbox"/> presenza di scale <input type="checkbox"/> presenza di gradini all'interno della abitazione <input type="checkbox"/> presenza di ascensore <input type="checkbox"/> presenza di ascensore con ampiezza porta insufficiente <input type="checkbox"/> ampiezza porte(abitazione) strette <input type="checkbox"/> ampiezza porte abitazione adeguate <input type="checkbox"/> camera assistito presente <input type="checkbox"/> camera assistito non presente <input type="checkbox"/> spazi adeguati per alloggio assistente familiare <input type="checkbox"/> sollevatore <input type="checkbox"/> monta scale <input type="checkbox"/> Altro _____	Fruibilità servizi igienici: <input type="checkbox"/> ampiezza sufficiente <input type="checkbox"/> ampiezza insufficiente <input type="checkbox"/> vasca/doccia agibili <input type="checkbox"/> vasca doccia non agibili <input type="checkbox"/> presenza di maniglioni/adattatori <input type="checkbox"/> adattato con presidi <input type="checkbox"/> Altro _____
Micro clima adeguato: <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> discreto <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> pessimo	Condizioni igieniche adeguate: <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scarse <input type="checkbox"/> pessime	Zona: <input type="checkbox"/> urbana <input type="checkbox"/> sub - urbana <input type="checkbox"/> rurale

SITUAZIONE ASSISTENZIALE:

Presenza di care giver: <input type="checkbox"/> familiare <input type="checkbox"/> non familiare	Presenza di altre figure assistenziali: <input type="checkbox"/> infermiere <input type="checkbox"/> fisioterapista <input type="checkbox"/> educatore <input type="checkbox"/> badante <input type="checkbox"/> asa/oss <input type="checkbox"/> volontario <input type="checkbox"/> altri familiari non care-giver	Modalità si trasporto esterno: <input type="checkbox"/> mezzo di proprietà <input type="checkbox"/> servizio a proprie spese <input type="checkbox"/> servizio comunale <input type="checkbox"/> associazione di volontariato <input type="checkbox"/> ambulanza <input type="checkbox"/> Altro _____
Interventi di aiuto domestico: <input type="checkbox"/> finalizzati all'igiene della persona <input type="checkbox"/> legati al comfort dell'ambiente <input type="checkbox"/> preparazione pasti <input type="checkbox"/> lavaggio indumenti <input type="checkbox"/> Altro _____	Interventi di assistenza alla persona: <input type="checkbox"/> aiuto espletamento funzioni fisiologiche <input type="checkbox"/> soddisfacimento bisogni primari <input type="checkbox"/> promozione e mantenimento bisogno psico fisico <input type="checkbox"/> aiuto nelle funzioni di deambulazione <input type="checkbox"/> utilizzo corretto dei presidi <input type="checkbox"/> mantenimento delle residue capacità Psicofisiche <input type="checkbox"/> aiuto alla vita di relazione <input type="checkbox"/> Altro _____	Condizioni igieniche personali: <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scarse <input type="checkbox"/> pessime

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2****Livello di copertura assistenziale nella cura alla persona, nell'arco delle 24h:**

Assistenza fornita da:	retribuito da:	alzata	mattina	pranzo	pomeriggio	cena	rimessa a letto	notte
Familiare Care-giver								
Familiare non care-giver								
Badante	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							
Infermiere	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							
Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							
Asa/oss Educatore	<input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Asl							
Volontario								

SITUAZIONE FAMILIARE E RELAZIONALE:

<p>Stato convivenza:</p> <input type="checkbox"/> solo/a <input type="checkbox"/> con badante <input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figli <input type="checkbox"/> fratello/sorella <input type="checkbox"/> coniuge e figli maggiorenni <input type="checkbox"/> coniuge e figli minorenni <input type="checkbox"/> coniuge e figli minori e maggiorenni <input type="checkbox"/> genitori <input type="checkbox"/> genitori + fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> padre + fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> madre e fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> parenti <input type="checkbox"/> famiglia con più persone <input type="checkbox"/> Altro _____ <p>(specificare il numero, escluso il paziente)dei componenti il nucleo familiare. Inserire 0 in caso di mancanza di altri componenti n. _____</p>	<p>Composizione care-giver familiare:</p> <input type="checkbox"/> coniuge/convivente <input type="checkbox"/> genitori <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> figli <input type="checkbox"/> sorelle/fratelli <input type="checkbox"/> nipoti <input type="checkbox"/> zii <input type="checkbox"/> cugini <input type="checkbox"/> nuora/genero <input type="checkbox"/> Altro _____
---	---



PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2

<p>Presenza rete secondaria:</p> <p><input type="checkbox"/> amicale <input type="checkbox"/> di vicinato <input type="checkbox"/> relazionale</p> <p>Note</p> <hr/> <hr/>	<p>Vita relazionale:</p> <p><input type="checkbox"/> intensa vita di relazione esterna <input type="checkbox"/> limitata vita di relazione esterna <input type="checkbox"/> vita di relazione significativa a domicilio <input type="checkbox"/> vita di relazione con familiari significativa <input type="checkbox"/> criticità nella vita relazionale <input type="checkbox"/> frequentazione di centri o servizi esterni (indicare nelle note la tipologia del servizio)</p> <p>Note</p> <hr/> <hr/>
---	--

INTERVENTI SOCIO ECONOMICI IN ATTO:

<p>Assistenza Domiciliare (comunale)</p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Servizio trasporto:</p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Esenzione per patologia:</p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>
<p>ADI:</p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no tipologia prestazione erogata</p> <hr/>	<p>Contributo Comunale:</p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Pasti a domicilio:</p> <p><input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no</p> <hr/>
<p>Protesi, presidi e ausili:</p> <p><input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> bastone/tripode <input type="checkbox"/> sollevatore <input type="checkbox"/> letto articolato <input type="checkbox"/> materasso antidecubito <input type="checkbox"/> ventilatore terapia/respiratore (invasiva) <input type="checkbox"/> aspiratore</p>		<p><input type="checkbox"/> stimolatore per la tosse(PEGASO) <input type="checkbox"/> ventilatore terapia a pressione positiva (CPAP) <input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere <input type="checkbox"/> canule <input type="checkbox"/> sondini per l'ossigeno <input type="checkbox"/> sondini per aspiratore <input type="checkbox"/> alimentazione enterale(sacche) <input type="checkbox"/> collare <input type="checkbox"/> molla codeville <input type="checkbox"/> comunicatore</p>

Tipologia valutazione:

- prima valutazione (nuovo accesso)
- rivalutazione di persona già beneficiaria del buono ex DGR n. 7856/2017
- rivalutazione per variazione delle condizioni di salute



PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2

SCHEDA PROGETTO – BUONI – CONTRIBUTI - VOUCHER

Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2

Intervento	Risorse
Cognome e nome _____ _____	Residente a _____
Buono sociale per care giver familiare (Buono fino a €. 400 x 2 mesi = € 800,00)	<input type="checkbox"/>
Buono sociale per care giver con assistente personale con regolare contratto (Buono fino a €. 400 x 2 mesi = € 800,00)	<input type="checkbox"/>
Voucher sociali per sostenere vita di relazione di minori con disabilità (diagnosi funzionale di gravità) Voucher da 500,00 euro <i>con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico</i>	Tipologia prestazione _____ _____ _____ tot. €. _____
Buono sociale mensile per progetti di vita indipendente (Buoni da €. 500,00) <i>di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e con regolare contratto.</i>	Valore Buono: €. _____ n. _____ tot €. _____

Firma degli operatori che hanno assemblato il PAI

ADI_____
Assistente Sociale

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2

Per accettazione del Progetto Individuale di Assistenza (PAI)

Dichiara inoltre

di essere informato in merito ai principi normativi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e a conoscenza dei diritti in materia di GDPR e di acconsentire al trattamento dei dati riportati nel presente modulo in conformità alla normativa RE 2016/679 GDPR e che per l'ottenimento dei benefici di cui alle Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2 i dati saranno trattati dal Comune di residenza, dal Servizio ADI dell'ASST Settelaghi, dal Comune di Azzate, Ufficio di Piano e da ques'ultimo comunicati ad ATS attraverso il sistema informatizzato Adiweb.

il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo _____ , _____

In fede

(Firma del richiedente)

Il beneficiario dell'intervento dichiara di scegliere, ai fini dell'accreditamento del buono sociale, una delle seguenti modalità di pagamento:

- Direttamente su conto corrente: bancario postale
- libretti postale (emessi solo in provincia di Varese)

numero.....

Intestato al beneficiario del contributo e a

Banca.....Agenzia.....

Comune.....Coord. . ABI..... CAB.....

IBAN



PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 2862/2020 e Dgr 3055/2020 – Misura B2

➤ Mandato diretto al favore del sottoscritto con quietanza a favore di:

.....

Codice fiscalenato/a a

.....() il

residente ain Via.....

Data _____

In fede (Firma del richiedente)
