Allegato B)

**BANDO 2024 PER L’EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI E INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA**

**A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA’ GRAVE (MISURA B2)**

**FNA ANNUALITÀ 2023 – ESERCIZIO 2024**

**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 |

**ESTREMI DEL PAGAMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| in qualità di |  |
| del/la sig./ra |  |

**CHIEDE CHE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | il buono sociale mensile per caregiver familiare/per personale di assistenza regolarmente impiegato venga erogato su conto corrente della banca/posta *(indicare la filiale)* | | |
|  |  | intestato a |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN (27 caratteri) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | voucher per strumenti di assistenza diretta pari a | | € |
|  | venga assegnato all’Ente |  | |

Luogo e data Il dichiarante

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

### SOLO per 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

### SOLO per 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

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

### SOLO per 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

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