

**BANDO “DOPO DI NOI” PER L'ATTIVAZIONE E IL FINANZIAMENTO DI PROGETTI E PERCORSI VOLTI A  
SOSTENERE PERSONE DISABILI GRAVI, PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE**

## VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

### DATI ANAGRAFICI

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

NAZIONALITA' \_\_\_\_\_

GRADO DI INVALIDITÀ CIVILE: \_\_\_\_\_

DIAGNOSI COME INDICATO NEL VERBALE DI INVALIDITA': \_\_\_\_\_

PERSONA CON HANDICAP IN CONNOTAZIONE DI GRAVITA' (ART.3, C. 3, L. 104/1992) SI NO

TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO SI NO

SE SI, SPECIFICARE NOME, COGNOME E RAPPORTO \_\_\_\_\_

### 1) PROFILO FUNZIONALE SANITARIO

**a)** secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), indicare la diagnosi della persona candidata al bando e descrivere il suo *funzionamento* (ossia gli aspetti “positivi” della persona, cioè che la persona è il grado di fare) e la sua *disabilità* ( gli aspetti negativi del funzionamento, cioè che la persona ha difficoltà a fare):

**b)** sulla base del punteggio in scala ADL/IADL (*allegato 1*) e dei “dati per la valutazione multidimensionale per la presa in carico, specificare/descrivere il grado di autonomie residue:

**2) PROFILO ANAMNESI SOCIALE, descrivere nel dettaglio:**

- PROVENIENZA ASSISTITO AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

- COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:
  
- CONDIZIONE PADRE E DATA DI NASCITA:
  
- CONDIZIONE MADRE E DATA DI NASCITA:
  
- TIPOLOGIA CAREGIVER FAMILIARE/ASSISTENTE PERSONALE:
  
- ALTRO:

**A seguito della valutazione multidimensionale, indicare il punteggio corretto dei requisiti generali:**

- **Sostegno familiare:**

- assenza di entrambi i genitori e di una rete familiare che garantisca assistenza;
- genitori che, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa e assenza di una rete familiare che garantisca assistenza;
- assenza di entrambi i genitori ma presenza di una rete familiare che garantisca assistenza;
- genitori che, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel prossimo futuro il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa e presenza di una rete familiare che garantisca assistenza.

Dettagliare l'opzione prescelta:

- **Condizione abitativa e ambientale:**

- non disponibilità di un'abitazione;
- abitazione e stato della stessa: spazi per i componenti della famiglia, condizioni igieniche, condizioni strutturali, servizi igienici *non adeguati*;

abitazione e stato della stessa: spazi per i componenti della famiglia, condizioni igieniche, condizioni strutturali, servizi igienici *parzialmente adeguati*;

abitazione e stato della stessa: spazi per i componenti della famiglia, condizioni igieniche, condizioni strutturali, servizi igienici *adeguati*;

**oppure**

frequenza di strutture residenziali diverse da quelle previste dal D.M. (gruppi appartamento e soluzioni di *co-housing* riproducenti le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e con capacità ricettiva fino a 5 p.l.

dettagliare l'opzione prescelta:

---



---



---

• **Condizione economica – ISEE ORDINARIO in corso di validità (indicare cifra esatta):**

da € 0 a € 8.500 \_\_\_\_\_

da € 8.501 a € 14.500 \_\_\_\_\_

da € 14.501 a € 20.000 \_\_\_\_\_

da € 20.001 \_\_\_\_\_

**INTERVENTO GESTIONALE B3: Contributo per sostenere il costo della retta di una struttura residenziale in caso di ricovero in regime di pronto intervento**

## PROGETTO INDIVIDUALE

Il progetto individuale è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale e deve avere una durata di almeno n. 2 anni.

<b>DESCRIVERE LA SITUAZIONE DI EMERGENZA che permette di attivare il sostegno qui previsto</b>	
<b>DIMENSIONI/AMBITI DI VITA IN CUI SI ARTICOLA L'INTERVENTO</b>	
<b>DEFINIRE GLI OBIETTIVI DA PERSEGUIRE</b>	
<b>NOME, LUOGO E TIPO DELL'UNITA' D'OFFERTA individuata</b>	
<b>UNITA' D'OFFERTA (barrare)</b>	ACCREDITATA <input type="radio"/> NON ACCREDITATA <input type="radio"/>

Dettagliare il progetto:

---

---

---

---

Richiesta di pronto intervento:

<b>PER QUANTI GIORNI</b>	
<b>VALORE RICHIESTO AL GIORNO (massimo 100 € e comunque non superiore all'80% del costo del ricovero)</b>	
<b>COSTO DEL RICOVERO AL DIE COME DA CARTA DEI SERVIZI DELL'ENTE GESTORE</b>	
<b>TOTALE BUDGET DI PROGETTO RICHIESTO</b>	

**CASE MANAGER INDIVIDUATO:**

**NOME** \_\_\_\_\_

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NATO/A IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A** \_\_\_\_\_

**QUALIFICA PROFESSIONALE** \_\_\_\_\_

Tale progetto individuale è stato condiviso e sottoscritto da:

**persona beneficiaria (firma)**

\_\_\_\_\_

**chi ne assicura la protezione giuridica (eventuale)**

\_\_\_\_\_

**referente dell'ATS/ASST territorialmente competenti (firma)**

\_\_\_\_\_

**case manager referente (firma)**

\_\_\_\_\_

**Luogo, Data**

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli per l'istruttoria relativa al Bando "DOPO DI NOI" per l'attivazione ed il finanziamento di progetti e percorsi volti a sostenere persone disabili gravi prive del sostegno familiare e ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la

veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza, presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del D.Lgs. 31/3/1998 e 6, comma 3, del DPCM 7/5/1999 n. 221 e successive modificazioni e che potranno altresì essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che:

- il trattamento dei dati è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio, realizzato da personale dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Distrettuale di Cittiglio anche con l'ausilio di mezzi informatici;
- di essere consapevole che i dati dichiarati potranno essere comunicati ad ATS Insubria e a Regione Lombardia, secondo le indicazioni e con le modalità stabilite da Regione Lombardia.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei dati personali che lo riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo, data

Firma dell'assistito/famigliare/tutore/curatore/amministratore di sostegno

A tal fine

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

fornisco

nego

il consenso affinché il Titolare comunichi i miei dati anche a soggetti terzi, privati o pubblici (come ad esempio ONLUS e simili), sia in presenza che in assenza di convenzioni specifiche con lo stesso al solo fine di garantire la tutela dell'interesse del beneficiario.

Sono consapevole e informato che posso revocare il mio consenso in ogni momento inviando una richiesta, sia via mail all'indirizzo [protocollo@vallidelverbano.va.it](mailto:protocollo@vallidelverbano.va.it) o via posta a Comunità Montana Valli del Verbano – Piazza Marconi 1 – 21030 Cuveglio.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_