

**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: _____

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

TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO SI NO

SE SÌ, 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), descrivere il *funzionamento* (ossia gli aspetti “positivi” della persona, ciò che la persona è il grado di fare) e la *disabilità* (gli aspetti negativi del funzionamento, ciò che la persona ha difficoltà a fare) della persona candidata al bando:

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 (valutazione della rete assistenziale, valutazione economica di base, valutazione condizione abitativa ed ambiente di vita)

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:**

- da € 0 a € 8.500;
- da € 8.501 a €14.500;
- da € 14.501 a € 20.000;
- da € 20.001

INTERVENTI GESTIONALI**MISURA B1: Voucher annuale per l'allenamento all'autonomia o la frequenza a servizi diurni per il raggiungimento di obiettivi di autonomia**

Ulteriori priorità per la definizione di una graduatoria di accesso:

- **rispetto all'Età:**

- persone di età compresa nella fascia 26/45 anni;
- persone con età compresa nella fascia 18/25 anni e 46/55 anni
- persone superiori a 55 anni

- **Rispetto alla frequenza di servizi:**

- Persona non frequentante servizi diurni
 - Persona frequentante servizi diurni (SFA, CSE, CDD, CDI...)
 - se la persona frequenta i servizi diurni indicare quale è l'unità d'offerta:
 - SFA (Servizi di Formazione all'Autonomia)
 - CSE (Centri Socio Educativi)
 - CDD (Centro Diurno Disabili)
- per il CDD indicare il numero di classe fragilità SIDI : _____

- → **Punteggio totale scale ADL (in allegato) :** _____

→ **Punteggio totale scale IADL (in allegato- si prega di utilizzare la formula):** _____

PROGETTO di VITA

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

A seguito dei colloqui effettuati con l'utente e con la sua famiglia (se disponibile) o comunque con le persone a lui vicine indicare e dettagliare una o più delle seguenti aree:

DOMINI QUALITA' DI VITA	OBIETTIVI DA RAGGIUGERE	SOSTEGNI DA ATTIVARE	COSTI	RISULTATI ATTESI	VERIFICA OBIETTIVI
Benessere fisico					Si quando No
Benessere psicologico					Si quando No
Benessere comunitario					Si quando No
Benessere familiare (voucher aggiuntivo di 600 € per attività sul contesto familiare)					Si quando No

- **BUDGET DI PROGETTO totale:** _____

Dettagliare il progetto schematicamente descritto:

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 è consapevole che il trattamento 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. 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
