

**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 INVALIDITÀ: _____

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), indicare la diagnosi della persona candidata al bando e descrivere il suo *funzionamento* (ossia gli aspetti “positivi” della persona, ciò che la persona è il grado di fare) e la sua *disabilità* (gli aspetti negativi del funzionamento, ciò 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.

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

Dettagliare il progetto:

Richiesta di pronto intervento:

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

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@vallidelvervano.va.it o via posta a Comunità Montana Valli del Verbano – Piazza Marconi 1 – 21030 Cuveglio.

Luogo e data _____

Firma _____