



## COMUNE DI PIEVE EMANUELE

ENTE CAPOFILA  
DISTRETTO SOCIALE 6 – ATS Città  
Metropolitana di Milano



Binasco – Casarile – Lacchiarella – Noviglio - Pieve Emanuele – Vernate - Zibido San Giacomo

### All. B2

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**  
**DGR n. 6674/2017**  
**MISURA ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA**

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Beneficiario:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Care Giver Progetto:**

- Familiare                       Assistente Personale
- Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**ISEE:**

Valore ISEE: € | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | , | \_ | \_ |

## Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

### Interventi di Accompagnamento all'autonomia

- Età compresa tra i 26 e i 45 anni;
- età compresa tra i 18 e i 55 anni
- persone non frequentanti servizi diurni
- persone frequentanti SFA e CSE
- persone frequentanti CDD

### DESCRIZIONE PRESTAZIONI/INTERVENTI ATTIVI

Frequenza servizi diurni \_\_\_\_\_

Frequenza Adi

Frequenza SAD

### ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

#### Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

\_\_\_\_\_

PUNTEGGIO SCALA ADL

\_\_\_\_\_

CLASSE Si Di \_\_\_\_\_

Assistente Sociale Comune: ..... Firma: .....

Care Giver: Sig. .... Firma: .....

In qualità di:  Amministratore di sostegno  Tutore  Curatore

Familiare: .....

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) ..... Firma:

.....

Data: |\_|\_|/|\_|\_|/2|0|1|8|

#### **Allegati:**

- **Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.**
- **Tabella sintesi punteggi del beneficiario**

**All. B3**

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**  
**DGR n. 6674/2017**  
**MISURA SOSTEGNO AL CANONE DI LOCAZIONE/SPESE CONDOMINIALI**

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Beneficiario:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Care Giver Progetto:**

- Familiare                       Assistente Personale
- Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**ISEE:**

Valore ISEE: € |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| , |\_|\_|\_|

## Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

### Interventi di sostegno al pagamento del canone di locazione/spese condominiali

- disabili gravi residenti presso residenzialità autogestita,
- disabili gravi residenti presso soluzioni residenziali di Cohousing /Housingpersone

### ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

#### Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

---

PUNTEGGIO SCALA ADL

---

CLASSE Si Di \_\_\_\_\_

Assistente Sociale Comune: ..... Firma: .....

Care Giver: Sig. .... Firma: .....

In qualità di:  Amministratore di sostegno  Tutore  Curatore

Familiare: .....

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) ..... Firma:

.....

Data: |\_|\_|/|\_|\_|/2|0|1|8|

#### **Allegati:**

- **Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.**
- **Tabella sintesi punteggi del beneficiario**

**All. B4**

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**

**DGR 6674/2017**

**MISURA RESIDENZIALITA' IN GRUPPO APPARTAMENTO CON ENTE GESTORE**

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Beneficiario:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Care Giver Progetto:**

- Familiare                       Assistente Personale
- Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**ISEE:**

Valore ISEE: € |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|

## Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

### Interventi di Residenzialità in gruppo appartamento con Ente Gestore

- persona già accolta nella residenzialità oggetto del presente programma (senza limite di età)
- persone di nuovo accesso indipendentemente dall'età, se la persona/famiglia ha avviato un percorso di messa a disposizione di proprio patrimonio immobiliare
- persona di nuovo accesso in fascia di età 45/64 anni

### DESCRIZIONE PRESTAZIONI/INTERVENTI ATTIVI

Frequenza servizi diurni \_\_\_\_\_

Frequenza Adi \_\_\_\_\_

Frequenza SAD \_\_\_\_\_

### ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

#### Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

\_\_\_\_\_

PUNTEGGIO SCALA ADL

\_\_\_\_\_

CLASSE Si Di \_\_\_\_\_

Assistente Sociale Comune: ..... Firma: .....

Care Giver: Sig. .... Firma: .....

In qualità di:  Amministratore di sostegno  Tutore  Curatore

Familiare: .....

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) ..... Firma:

.....

Data: |\_|\_|/|\_|\_|/2|0|1|8|

#### **Allegati:**

- *Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.*
- *Tabella sintesi punteggi del beneficiario*

**All. B5**

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**  
**DGR n. 6674/2017**  
**MISURA RESIDENZIALITA' IN GRUPPO APPARTAMENTO AUTOGESTITO O HOUSING/CO**  
**HOUSING**

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Beneficiario:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Care Giver Progetto:**

- Familiare                       Assistente Personale
- Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**ISEE:**

Valore ISEE: € | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | , | \_ | \_ |

## Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

### Interventi di Residenzialità in gruppo appartamento autogestito

- persona già accolta nella residenzialità oggetto del presente programma (senza limite di età)
- persone di nuovo accesso indipendentemente dall'età, se la persona/famiglia ha avviato un percorso di messa a disposizione di proprio patrimonio immobiliare
- persona di nuovo accesso in fascia di età 45/64 anni

### DESCRIZIONE PRESTAZIONI/INTERVENTI ATTIVI

Frequenza servizi diurni \_\_\_\_\_

Frequenza Adi \_\_\_\_\_

Frequenza SAD \_\_\_\_\_

### ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

#### Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

\_\_\_\_\_

PUNTEGGIO SCALA ADL

\_\_\_\_\_

CLASSE SI DI \_\_\_\_\_

Assistente Sociale Comune: ..... Firma: .....

Care Giver: Sig. .... Firma: .....

In qualità di:  Amministratore di sostegno  Tutore  Curatore

Familiare: .....

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) ..... Firma:

.....

Data: |\_|\_|/|\_|\_|/2|0|1|8|

#### **Allegati:**

- **Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.**
- **Tabella sintesi punteggi del beneficiario**

**All. B6**

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**

**DGR n. 6674/2017**

**MISURA RISTRUTTURAZIONE- ELIMINAZIONE BARRIERE-MESSA A NORMA IMPIANTI-  
ADATTAMENTI DOMOTICI**

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Beneficiario/Proprietario /gestore appartamento:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Specificare: \_\_\_\_\_

**Care Giver Progetto:**

Familiare

Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)

altro (specificare) \_\_\_\_\_

**ISEE:**

Valore ISEE: € |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| , |\_|\_|\_|

**Preventivo relativo alla richiesta del Voucher**

Valore € |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| , |\_|\_|\_|

## Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

### Interventi di Ristrutturazione- eliminazione barriere- messa a norma impianti -adattamenti domotici

- Gruppo appartamento / Cohousing/Housing
  - patrimoni immobiliari resi disponibili da famiglia e/o reti associative familiari (trust familiare)
  - proprietà Ente pubblico
  - Edilizia Popolare
  - proprietà Ente Privato No Profit ONLUS
- Abitazione della persona disabile grave messa a disposizione

### ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

Motivare brevemente la congruità progettuale con il voucher richiesto per l'avanzamento della progettualità: \_\_\_\_\_

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

Assistente Sociale Comune: ..... Firma: .....

Care Giver: Sig. .... Firma: .....

In qualità di:  Amministratore di sostegno  Tutore  Curatore  Familiare: .....

Beneficiario/Proprietario o gestore appartamento: .....

Firma.....

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) ..... Firma:

.....

Data: |\_|\_|/|\_|\_|/2|0|1|8|

**All. B7**

**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**  
**DGR n. 6674/2017**  
**MISURA PRONTO INTERVENTO**

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Beneficiario:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Care Giver Progetto:**

- Familiare                       Assistente Personale
- Ente di riferimento (Comune di residenza/ Cooperativa/ Associazione....)
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**ISEE:**

Valore ISEE: € |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, |\_|\_|\_|

## Prestazioni ed interventi da attivare a seguito della valutazione integrata

### Interventi di Pronto Intervento

- persona già accolta nella residenzialità oggetto del presente programma (senza limite di età)
- persone di nuovo accesso indipendentemente dall'età, se la persona/famiglia ha avviato un percorso di messa a disposizione di proprio patrimonio immobiliare
- persona di nuovo accesso in fascia di età 45/64 anni

### DESCRIZIONE PRESTAZIONI/INTERVENTI ATTIVI

Frequenza servizi diurni \_\_\_\_\_

Frequenza Adi

Frequenza SAD

### ESITO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E/O MULTIDIMENSIONALE

#### Scale di valutazione ADL – IADL –(allegare SCALE UTILIZZATE)

PUNTEGGIO SCALA IADL

\_\_\_\_\_

PUNTEGGIO SCALA ADL

\_\_\_\_\_

CLASSE SI DI \_\_\_\_\_

Assistente Sociale Comune: ..... Firma: .....

Care Giver: Sig. .... Firma: .....

In qualità di:  Amministratore di sostegno  Tutore  Curatore

Familiare: .....

Referente ASST (in caso di valutazione integrata) ..... Firma:

.....

Data: |\_|\_|/|\_|\_|/2|0|1|8|

- **Scale di valutazione ADL, IADL, SI DI.**
- **Tabella sintesi punteggi del beneficiario**