


**SCHEDA SOCIALE RIASSUNTIVA DI AGGIORNAMENTO (Solo per persone che hanno
presentato Istanza di valutazione nell'anno 2019- DGR 1253/2019)**

DGR 2862/2020 MISURA B2 anno 2020

COGNOME _____ NOME _____

Nato il ___/___/___

Residente a _____

ITEM	VALUTAZIONE	
RILEVAZIONE CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO AL CAREGIVER	Assistenza continuativa 24h per carico assistenziale elevato con assistenza anche notturna attiva e abituale	<input type="checkbox"/>
	Assistenza continuativa quotidiana di almeno 7 ore/die	<input type="checkbox"/>
	Assistenza quotidiana inferiore alle 7 ore/die	<input type="checkbox"/>
RILEVAZIONE CARICO ASSISTENZIALE IN CAPO ALL' ASSISTENTE FAMILIARE (se valutazione finalizzata all'accesso al Buono Sociale assistente familiare regolarmente assunto)	Contratto a tempo pieno (54 ore)	<input type="checkbox"/>
	Contratto part-time di almeno 25 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
	Contratto part-time di meno di 25 ore settimanali	<input type="checkbox"/>
PARTICOLARITA' DEL NUCLEO FAMILIARE	Presenza di altro familiare non autosufficiente all'interno del nucleo	<input type="checkbox"/>
	Assenza di altro familiare non autosufficiente all'interno del nucleo	<input type="checkbox"/>
PRESENZA RETE DI SUPPORTO	Presenza del coniuge/genitori	<input type="checkbox"/>
	Numero figli (in particolare utenza anziana)/fratelli (in particolare utenza disabile)	_____
	Altro _____	_____
VALUTAZIONE DEL GRADO DI NON-AUTOSUFFICIENZA	Riconoscimento di invalidità civile 100% con accompagnamento	<input type="checkbox"/>
	Riconoscimento di invalidità civile ≤ 100%	<input type="checkbox"/>
RILEVAZIONE SERVIZI DI SUPPORTO (da compilare solo per le persone non inserite in Unità d'offerta sociale/Socio sanitarie)	Assenza di servizi (ADI/SAD/AES/ ecc.)	<input type="checkbox"/>
	Presenza di servizi (ADI/SAD/AES/ ecc. specificare _____)	<input type="checkbox"/>

**EVENTUALI CONSIDERAZIONI RIGUARDO LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE
O L'ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE**



INTERVENTI

INTERVENTI	*CAMPO OBBLIGATORIO NOTE ESPLICATIVE DELL'INTERVENTO
A. Buono sociale mensile a sostegno delle prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare	*Descrivere le prestazioni assicurate dal caregiver familiare da sostenere con il buono previsto dalla Misura
B. Buono sociale mensile finalizzato all'acquisto di prestazioni da assistente familiare assunto con regolare contratto	*Descrivere le prestazioni assicurate dall'Assistente Familiare da sostenere con il buono previsto dalla Misura
C. Buono sociale mensile per progetti di Vita Indipendente finalizzati all'acquisto di prestazioni da assistente personale impiegato con regolare contratto	*Definire gli interventi da sostenere con il buono previsto dalla misura
D1. Voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti che prevedono una pluralità di interventi	* Descrivere gli interventi da assicurare con il voucher previsto dalla Misura (Tipologia di intervento- professionista/servizio coinvolto- ipotesi monte ore settimanale di intervento)
D2. Voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti specifici	*Descrivere gli interventi da assicurare con il voucher previsto dalla Misura

ASSISTENTE SOCIALE _____	FIRMA _____
--------------------------	-------------

*Per la stesura del Progetto Individuale (PI) è necessario indicare nella presente scheda le prestazioni di assistenza assicurate dal Caregiver familiare e/o personale di assistenza regolarmente assunto, descrivendo gli interventi di sollievo e supporto già attivati e dando evidenza all'eventuale ipotesi di intervento, condivisa con la persona/famiglia, da sostenere con il buono/voucher previsto dalla misura B2 (tipologia di intervento- professionista/servizio coinvolto- ipotesi monte ore settimanale di intervento).