**n° 2Allegato alla domanda**

|  |
| --- |
| INFORMAZIONI RELATIVE AL **BENEFICIARIO** |
| * persona non frequentante servizi diurni
 |
| * persona frequentante servizi diurni sociali
 | Quale? □ SFA □ CSE □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * persona frequentante i servizi diurni sociosanitari/sanitari
 | Quale? □ CDD □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Persona accolta nelle residenzialità (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |
| --- |
| INFORMAZIONI RELATIVE AL **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 più 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 futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa e presenza di una rete familiare che garantisca assistenza.
 |

|  |
| --- |
| INFORMAZIONI RELATIVE ALLA **CONDIZIONE SOCIO- ECONOMICA** |
| * ISEE ordinario: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ISEE socio-sanitario: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di aver presentato DSU in data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |
| --- |
| INFORMAZIONI RELATIVE ALLA **CONDIZIONE ABITATIVA** |
| * Non disponibilità di un’abitazione.
 |
| * Frequenza struttura residenziale 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 persone).
 |
| * Presenza dell’abitazione e dello stato della stessa (valutare complessivamente di seguito: spazi per i componenti della famiglia, condizioni igieniche, condizioni strutturali, servizi igienici) indica di seguito con una X: adeguato, parzialmente adeguato, non adeguato).
 |
| * Non adeguato
 | Motivo: |
| * Parzialmente adeguato
 | Motivo: |
| * Adeguato
 | Motivo: |

|  |
| --- |
| **ALTRE MISURE ATTIVE A SOSTEGNO DI PERSONE IN CONDIZIONE DI FRAGILITA’** |
| * Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare/ Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
 |
| * Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
 |
| * Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 |
| * Misura Reddito di autonomia disabili
 |
| * Misura B1 FNA: Buono assistente personale
 |
| * Sostegno “Ristrutturazione” del Programma regionale
 |
| * Sostegno “Canone di locazione/Spese condominiali” del Programma regionale
 |
| * Sostegno “Residenzialità autogestita” da persone disabili gravi del Programma regionale
 |
| * Sostegni forniti con i Progetti sperimentali Vita Indipendente (PRO.VI.)
 |
| * Altro (specificare)
 |

**DATA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA** RICHIEDENTE/FAMILIARE/ADS/TUTORE/ENTE/ASSOCIAZIONE

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