

## ALLEGATO 1 – PROGETTO INDIVIDUALE

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO	
COGNOME E NOME:	
NATO/A A:	DATA DI NASCITA:

- **COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:**

- Coniuge/convivente
- Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
- Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
- Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
- Coniuge/convivente + un genitore/ambedue genitori
- Ambedue i genitori
- Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
- Padre
- Padre + fratello/i + sorella/e
- Madre
- Madre + fratello/i + sorella/e
- Fratello/i + sorella/i
- Figlio/a/i
- Solo
- Altro \_\_\_\_\_

- **COMPOSIZIONE SPECIFICA NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:**

- Il beneficiario vive solo
- Il beneficiario minorenne, vive in presenza di un solo genitore (nucleo monogenitoriale)
- Vive in presenza di altra persona in possesso di certificazione di disabilità (persone in condizione di disabilità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 1, 3 della L. 104/1992)
- Nessuna delle precedenti

- **TIPOLOGIA DI CAREGIVER FAMILIARE**

- Coniuge/convivente
- Ambedue i genitori
- Padre
- Madre
- Figlio/a/i
- Fratello/i + sorella/i
- Nuora/Genero
- Cognato/a
- Zio/a
- Nessuno
- Altro \_\_\_\_\_

- **CAREGIVER FAMILIARE (INTERVENTO 1 ASSISTENZA AL CAREGIVER)**

- Assiste il beneficiario per più di 14 ore giornaliere
- Assiste il beneficiario per meno di 14 ore giornaliere

- **BUONO PER L'ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO/A**
  - contratto di assistente familiare convivente di 54 ore settimanali
  - contratto di assistente familiare a tempo parziale, da 26 a 53 ore settimanali
  - contratto di assistente familiare a tempo parziale, max 25 ore settimanali
- **CONTINUITÀ BUONO PER L'ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO/A**
  - Il beneficiario ha percepito il buono per l'assistente familiare regolarmente assunto a valere sul fondo FNA 2020 Misura B2 2021
  - Il beneficiario non ha percepito il buono per l'assistente familiare regolarmente assunto a valere sul fondo FNA 2020 Misura B2 2021

PUNTEGGIO SCALA ADL: _____		PUNTEGGIO SCALA IADL: _____	
<b>RELAZIONE SOCIALE</b>			
<b>BENEFICIARIO – SINTESI BISOGNI</b> (sintesi anamnestica e funzionale, percezione della propria condizione di bisogno e aspirazioni personali)			
<b>RETE/INTERVENTI ATTIVI</b> (adeguatezza degli interventi in essere / necessità di implementazione - connessione tra i nodi della rete/ necessità di connessione)			

<b>OBIETTIVI PRESA IN CARICO</b>	
Obiettivo/i:	
Intervento/i previsto/i:	
Tempi di verifica (INDICARE DURATA del progetto) _____	
VERIFICA 1. Raggiungimento degli obiettivi del progetto per assolvere al debito informativo con Regione Lombardia	
<b>Firma Composizione Equipe Valutativa (nominativi, ente di appartenenza e firme)</b>	<b>Data:</b>
- REFERENTE COMUNE: _____	
- REFERENTE ASST (nei casi di valutazione congiunta): _____	

<b>PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiario</li> <li>• Familiare</li> <li>• Amministratore di sostegno</li> <li>• Tutore/Curatore</li> </ul>	Data e luogo:	Nominativo e Firma:
---	---------------	---------------------