

**PAI MISURA B2**

**Dgr 1669/2023\_2033/2024\_2166/2024**

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

**BENEFICIARIO (Cognome e nome)**

**CF (codice fiscale)**

--	--

**PUNTEGGIO ATTRIBUITO DAL COMUNE**

INDICATORI	PUNTI
Situazione familiare	
Situazione economica	
<b>1) TOTALE PUNTEGGIO</b>	

**VALUTAZIONE CEAD**

INDICATORE	PUNTI
Non autosufficienza ADL	
Non autosufficienza IADL	
Eventuali note	
<b>2) TOTALE PUNTEGGIO</b>	

**TOTALE PUNTEGGIO (1+2) AI FINI DELLA GRADUATORIA** \_\_\_\_\_

**ELEMENTO DI PRIORITA'**

PERSONA BENEFICIARIA, NELL'ANNUALITA' PRECEDENTE, DEL BUONO ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO

**SI**    **NO**

**INTERVENTI/SERIVI/PRESTAZIONI DI CUI GIA' USUFRUISCE**

--

**OBIETTIVI**

--

**DURATA**

--

**STRUMENTO RICHIESTO**

- RICHIEDE GLI INTERVENTI MISURA B2 PER LA PRIMA VOLTA  
 HA GIA' BENEFICIATO DI INTERVENTI MISURA B2 CON ANNUALITA' PRECEDENTI

<input type="checkbox"/>	<b>BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE</b> Nominativo caregiver _____
<input type="checkbox"/>	<b>BUONO SOCIALE MENSILE ASSISTENTE FAMILIARE</b> <input type="checkbox"/> contratto fino a 20 ore; <input type="checkbox"/> contratto oltre le 20 ore e fino a 39 ore; <input type="checkbox"/> contratto oltre le 39 ore;
<input type="checkbox"/>	<b>ASSEGNO AUTONOMIA</b> <input type="checkbox"/> contratto fino a 20 ore; <input type="checkbox"/> contratto oltre le 20 ore e fino a 39 ore; <input type="checkbox"/> contratto oltre le 39 ore;
<input type="checkbox"/>	<b>INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI DI ASSISTENZA DOMICILIARE</b> (allegare Modulo 2 in caso di spese sostenute direttamente dal Comune)
<input type="checkbox"/>	<b>PERCORSI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO (INDIVIDUALE O GRUPPO) RIVOLTI AL CAREGIVER FAMILIARE</b> (allegare Modulo 2 in caso di spese sostenute direttamente dal Comune)
<input type="checkbox"/>	<b>INTERVENTI DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO PER RINFORZARE IL LAVORO DI CURA E LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA A FAVORE DEL PROPRIO FAMILIARE CON DISABILITÀ/NON AUTOSUFFICIENTE</b> (allegare Modulo 2, in caso di spese sostenute direttamente dal Comune)

VALORE ISEE (compilare)	
LA PERSONA FREQUENTA UN SERVIZIO DIURNO A TOTALE CARICO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
BENEFICIARIO PROGETTI ex fattispecie L.162/98	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>IMPORTO ASSEGNATO</b>	€ _____

DATA \_\_\_\_\_

<b>FIRMA PER IL CENTRO MULTISERVIZI</b>	<b>FIRMA PER IL COMUNE</b>
<b>FIRMA DEL RICHIEDENTE</b>	