



COMUNITÀ MONTANA  
VALLE BREMBANA  
ENTE GESTORE PIANO DI  
ZONA 2021/2023

ALGUA – AVERARA – BLELLO – BRACCA – BRANZI – CAMERATA CORNELLO - CARONA  
CASSIGLIO – CORNALBA – COSTA SERINA – CUSIO DOSSENA - FOPPOLO - ISOLA DI  
FONDRA – LENNA – MEZZOLDO – MOIO DE’ CALVI - OLMO AL BREMBO - OLTRE IL COLLE  
ORNICA – PIAZZA BREMBANA – PIAZZATORRE - PIAZZOLO - RONCOBELLO – SAN  
GIOVANNI BIANCO - SAN PELLEGRINO TERME - SANTA BRIGIDA - SEDRINA – SERINA  
TALEGGIO - UBIALE CLANEZZO - VAL BREMBILLA - VALLEVE - VALNEGRA VALTORTA  
VEDESETA – ZOGNO

Sistema Socio Sanitario



**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI O BUONI SOCIALI  
PER INTERVENTI PER LE NON AUTOSUFFICIENZE - ANNO 2023  
PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

Cognome:	Nome:
MMG/PDF:	

Composizione del Nucleo Familiare		
Grado parentela	età	occupazione

Caregiver principale (nome e cognome, grado di parentela/relazione): ..... Condizioni personali del caregiver (es. situazione occupazionale, carichi familiari, necessità di assistere altri familiari ecc.) ..... ..... .....
Altre figure di riferimento a supporto del caregiver principale (es: volontari, vicini..) .....

Sintesi della situazione personale e assistenziale del beneficiario al momento della valutazione ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

OBIETTIVI DEL PROGETTO E RELATIVI INDICATORI DI RISULTATO
---

..... ..... ..... ..... ..... .....	
Interventi sanitari e sociosanitari attivi a favore del beneficiario	Specificare: tipologia intervento e n° ore/prestazioni, valore economico, etc.
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	
Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)	
Contributi sociali	
CDD/CSE/CDI ecc.	
Altre progettualità (Home Care Premium, Pro.vi, Reddito autonomia, Dopo Di Noi, Reddito di Cittadinanza)	
.....	
.....	
.....	

(PER BUONI CARE GIVER E BADANTI) descrizione delle prestazioni assicurate dal caregiver familiare e/o personale di assistenza regolarmente assunto da sostenere con il Buono.

.....

.....

.....

.....

.....

(PER BUONI VITA INDIPENDENTE) definizione degli interventi da sostenere con il Buono previsto dalla presente Misura nel caso di progetti di vita indipendente.

.....

.....

.....

.....

.....

(PER VOUCHER SOCIALI MINORI) definizione e costo degli interventi da sostenere con il VOUCHER SOCIALE MINORI.

.....

.....

.....

.....

.....

**TEMPI E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE**

.....

.....

.....

.....

.....

**ENTE GESTORE ACCREDITATO (ragione sociale) E UNITA' DI OFFERTA INDIVIDUATI / EVENTUALI**

PARTNER COINVOLTI (se pertinente)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Punteggio ADL:.....

Punteggio IADL:.....

Punteggio                      Fragilità                      Sociale: .....

Data \_\_\_\_\_

NOME E FIRMA ASSISTENTE SOCIALE  
E/O REFERENTE

NOME E FIRMA BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Solo per progetti con valutazione congiunta con ASST

NOME E FIRMA REFERENTE ASST

NOME E FIRMA CASE MANAGER

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_