

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	
1) TOTALE PUNTEGGIO	

VALUTAZIONE CEAD

INDICATORE	PUNTI
Non autosufficienza ADL	
Non autosufficienza IADL	
Eventuali note	
2) TOTALE PUNTEGGIO	

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

☐	BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE Nominativo caregiver _____
☐	BUONO SOCIALE MENSILE ASSISTENTE FAMILIARE ☐ contratto fino a 20 ore; ☐ contratto oltre le 20 ore e fino a 39 ore; ☐ contratto oltre le 39 ore;
☐	ASSEGNO AUTONOMIA ☐ contratto fino a 20 ore; ☐ contratto oltre le 20 ore e fino a 39 ore; ☐ contratto oltre le 39 ore;
☐	INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI DI ASSISTENZA DOMICILIARE (allegare Modulo 2 in caso di spese sostenute direttamente dal Comune)
☐	PERCORSI DI SOSTEGNO PSICOLOGICO (INDIVIDUALE O GRUPPO) RIVOLTI AL CAREGIVER FAMILIARE (allegare Modulo 2 in caso di spese sostenute direttamente dal Comune)
☐	INTERVENTI DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO PER RINFORZARE IL LAVORO DI CURA E LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA A FAVORE DEL PROPRIO FAMILIARE CON DISABILITÀ/NON AUTOSUFFICIENTE (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	☐ SI ☐ NO
BENEFICIARIO PROGETTI ex fattispecie L.162/98	☐ SI ☐ NO
IMPORTO ASSEGNATO	€ _____

DATA _____

FIRMA PER IL CENTRO MULTISERVIZI	FIRMA PER IL COMUNE
FIRMA DEL RICHIEDENTE	