

PAI MISURA B2

Dgr 3719/2024 del 30.12.2024, annualità 2024_ esercizio 2025

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/SERVIZI/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) ☐ SUPPORTO E SOLLIEVO AI CAREGIVER FAMILIARI ☐ BENESSERE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA DELLA PERSONA CON DISABILITÀ E ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

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 P.U.A.	FIRMA PER IL COMUNE
FIRMA DEL RICHIEDENTE	