



PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 3719/2024 – Misura B2

SIG./SIG.RA _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

RESIDENTE A _____ Via _____

DISTRETTO DI **AZZATE** COMUNE _____

SCALA DI VALUTAZIONE UTILIZZATA: IADL _____ ADL _____

CODICE FISCALE _____

INVALIDITA' CIVILE _____ DOMANDA IN CORSO PRESENTATA IL _____

ISEE €. _____ SCADENZA _____

TIPOLOGIA ISEE:

- ☐ ORDINARIO
- ☐ SOCIO-SANITARIO: BENEFICIARIO, CONIUGE, FIGLI MINORI, MAGGIORENNI SE A CARICO
- ☐ SOCIO-SANITARIO: SOLO BENEFICIARIO SE MAGGIORENNE (NONCONIUGATO, SENZA FIGLI, CHE VIVE CON ALTRI)
- ☐ SOCIO-SANITARIO: GENITORI DEL BENEFICIARIO, SE MINORENNE(ANCHE SE NON CONIUGATI E/O NON CONVIVENTI)

Valutazione multidimensionale

Profilo funzionale sanitario:

Valutazione sociale (condizione familiare, abitativa e ambientale): OBBLIGATORIO COMPILARE OGNI PARTE

Care-giver Familiare

Cognome e Nome _____ grado di parentela _____

Residente a: _____ Via: _____

Telefono _____ cell _____

Domiciliato/a a: _____ Via _____



PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 3719/2024 – Misura B2

Care-giver non familiare

Cognome e Nome _____ professione _____

Residente a: _____ Via _____

Telefono _____ cell _____

Domiciliato/a a: _____ Via _____

In caso di care-giver non familiare barrare se trattasi di:

- ☐ Assistente personale h.24 ☐ Assistente personale tempo pieno (minimo 7/h al giorno)
- ☐ Assistente personale tempo parziale (meno di 7/h al giorno)
- ☐ Assistente personale qualificato h.24 ☐ Assistente personale qualificato tempo pieno (minimo 7/h al giorno)
- ☐ Assistente personale qualificato tempo parziale (meno di 7/h al giorno)
- ☐ Altro ☐ Nessuno

Stato civile: ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ non dichiarato Titolo di studio: ☐ Nessuno ☐ Licenza Elementare ☐ Licenza scuola Media Inferiore ☐ Diploma di Media Superiore ☐ Diploma Universitario ☐ Laurea ☐ Altro _____	Pensione: ☐ nessuna ☐ anzianità/vecchiaia ☐ sociale ☐ tipologia speciale ☐ reversibilità ☐ due o più tipologie ☐ altro	Posizione nella professione: ☐ Imprenditore ☐ Dirigente ☐ Impiegato, insegnante ☐ Artigiano, coltivatore diretto, commerciante ☐ Operaio, salariato agricolo ☐ Lavorante a domicilio ☐ Coadiuvante azienda conduzione familiare ☐ Casalinga (che ha svolto lavoro retribuito) ☐ Casalinga (che non ha svolto lavoro retribuito) ☐ Pensionato (che ha lavorato) ☐ Invalido, inabile (che ha svolto lavoro retribuito) ☐ Invalido, inabile (anche se pensionato) ☐ Invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito) ☐ Disoccupato (attualmente) ☐ Scolaro, studente, bambino ☐ In cerca di prima occupazione ☐ Altro
--	---	--

SITUAZIONE AMBIENTALE E ABITATIVA:

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 3719/2024 – Misura B2

Tipologia alloggio: ☐ casa di proprietà ☐ domicilio presso familiari ☐ Casa autonoma ☐ appartamento ☐ abitazione semidipend. ☐ usufrutto/comodato ☐ affitto da pubblico ☐ affitto da privato ☐ in atto di sfratto	Fruibilità ambiente di vita: ☐ abitazione su unico livello ☐ abitazione su più livelli ☐ presenza di scale ☐ presenza di gradini all'interno della abitazione ☐ presenza di ascensore ☐ presenza di ascensore con ampiezza porta insufficiente ☐ ampiezza porte(abitazione) strette ☐ ampiezza porte abitazione adeguate ☐ camera assistito presente ☐ camera assistito non presente ☐ spazi adeguati per alloggio assistente familiare ☐ sollevatore ☐ monta scale ☐ Altro _____	Fruibilità servizi igienici: ☐ ampiezza sufficiente ☐ ampiezza insufficiente ☐ vasca/doccia agibili ☐ vasca doccia non agibili ☐ presenza di maniglioni/adattatori ☐ adattato con presidi ☐ Altro _____
Micro clima adeguato: ☐ buono ☐ discreto ☐ scarso ☐ pessimo	Condizioni igieniche adeguate: ☐ buone ☐ discrete ☐ scarse ☐ pessime	Zona: ☐ urbana ☐ sub - urbana ☐ rurale

SITUAZIONE ASSISTENZIALE:

Presenza di care giver: ☐ familiare ☐ non familiare	Presenza di altre figure assistenziali: ☐ infermiere ☐ fisioterapista ☐ educatore ☐ badante ☐ asa/oss ☐ volontario ☐ altri familiari non care-giver	Modalità si trasporto esterno: ☐ mezzo di proprietà ☐ servizio a proprie spese ☐ servizio comunale ☐ associazione di volontariato ☐ ambulanza ☐ Altro _____
Interventi di aiuto domestico: ☐ finalizzati all'igiene della persona ☐ legati al comfort dell'ambiente ☐ preparazione pasti ☐ lavaggio indumenti ☐ Altro _____	Interventi di assistenza alla persona: ☐ aiuto espletamento funzioni fisiologhe ☐ soddisfacimento bisogni primari ☐ promozione e mantenimento bisogno psico fisico ☐ aiuto nelle funzioni di deambulazione ☐ utilizzo corretto dei presidi ☐ mantenimento delle residue capacità Psicofisiche ☐ aiuto alla vita di relazione ☐ Altro _____	Condizioni igieniche personali: ☐ buone ☐ discrete ☐ scarse ☐ pessime

Livello di copertura assistenziale nella cura alla persona, nell'arco delle 24h: OBBLIGATORIO COMPILARE

Piano di Zona
L. 328/00

Ambito Territoriale di Azzate
Aderiscono i Comuni di
Azzate, Brunello, Buguggiate, Camago, Caronno Varesino,
Casale Litta, Castronno, Crosio della Valle, Daverio,
Gazzada Schianno, Morazzone, Mornago, Sumirago.

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 3719/2024 – Misura B2

Assistenza fornita da:	retribuito da:	alzata	mattina	pranzo	pomeriggio	cena	rimessa a letto	notte
Familiare Care-giver								
Familiare non care-giver								
Badante	☐ Privato ☐ Comune ☐ Asl							
Infermiere	☐ Privato ☐ Comune ☐ Asl							
Fisioterapista	☐ Privato ☐ Comune ☐ Asl							
Asa/oss Educatore	☐ privato ☐ Comune ☐ Asl							
Volontario								

SITUAZIONE FAMILIARE E RELAZIONALE:

Stato convivenza:
☐ solo/a
☐ con badante
☐ coniuge
☐ figli
☐ fratello/sorella
☐ coniuge e figli maggiorenni
☐ coniuge e figli minorenni
☐ coniuge e figli minori e maggiorenni
☐ genitori
☐ genitori + fratelli/sorelle
☐ padre
☐ padre + fratelli/sorelle
☐ madre
☐ madre e fratelli/sorelle
☐ parenti
☐ famiglia con più persone
☐ Altro _____

Composizione care-giver familiare:
☐ coniuge/convivente
☐ genitori
☐ madre
☐ padre
☐ figli
☐ sorelle/fratelli
☐ nipoti
☐ zii
☐ cugini
☐ nuora/genero
☐ Altro _____

(specificare il numero, escluso il paziente)dei componenti il nucleo familiare. Inserire 0 in caso di mancanza di altri componenti n. _____

Presenza rete secondaria:

Vita relazionale:

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 3719/2024 – Misura B2

☐ amicale ☐ di vicinato ☐ relazionale Note 	☐ intensa vita di relazione esterna ☐ limitata vita di relazione esterna ☐ vita di relazione significativa a domicilio ☐ vita di relazione con familiari significativa ☐ criticità nella vita relazionale ☐ frequentazione di centri o servizi esterni (indicare nelle note la tipologia del servizio) Note
---	--

INTERVENTI SOCIO ECONOMICI IN ATTO:

Assistenza Domiciliare (comunale) ☐ sì ☐ no	Servizio trasporto: ☐ sì ☐ no	Esenzione per patologia: ☐ sì ☐ no		
ADI: ☐ sì ☐ no tipologia prestazione erogata 	Contributo Comunale: ☐ sì ☐ no	Pasti a domicilio: ☐ sì ☐ no 		
<table border="1"> <tr> <td> Protesi, presidi e ausili: ☐ carrozzina ☐ deambulatore ☐ bastone/tripode ☐ sollevatore ☐ letto articolato ☐ materasso antidecubito ☐ ventilatore terapia/respiratore (invasiva) ☐ aspiratore </td> <td> ☐ stimolatore per la tosse(PEGASO) ☐ ventilatore terapia a pressione positiva (CPAP) ☐ pannoloni ☐ catetere ☐ canule ☐ sondini per l'ossigeno ☐ sondini per aspiratore ☐ alimentazione enterale(sacche) ☐ collare ☐ molla codeville ☐ comunicatore </td> </tr> </table>			Protesi, presidi e ausili: ☐ carrozzina ☐ deambulatore ☐ bastone/tripode ☐ sollevatore ☐ letto articolato ☐ materasso antidecubito ☐ ventilatore terapia/respiratore (invasiva) ☐ aspiratore	☐ stimolatore per la tosse(PEGASO) ☐ ventilatore terapia a pressione positiva (CPAP) ☐ pannoloni ☐ catetere ☐ canule ☐ sondini per l'ossigeno ☐ sondini per aspiratore ☐ alimentazione enterale(sacche) ☐ collare ☐ molla codeville ☐ comunicatore
Protesi, presidi e ausili: ☐ carrozzina ☐ deambulatore ☐ bastone/tripode ☐ sollevatore ☐ letto articolato ☐ materasso antidecubito ☐ ventilatore terapia/respiratore (invasiva) ☐ aspiratore	☐ stimolatore per la tosse(PEGASO) ☐ ventilatore terapia a pressione positiva (CPAP) ☐ pannoloni ☐ catetere ☐ canule ☐ sondini per l'ossigeno ☐ sondini per aspiratore ☐ alimentazione enterale(sacche) ☐ collare ☐ molla codeville ☐ comunicatore			

Tipologia valutazione:

- ☐ prima valutazione (nuovo accesso)
- ☐ rivalutazione di persona già beneficiaria della misura B2 anno 2024
- ☐ rivalutazione per variazione delle condizioni di salute

Piano di Zona
L. 328/00

Ambito Territoriale di Azzate
Aderiscono i Comuni di
Azzate, Brunello, Buguggiate, Carnago, Caronno Varesino,
Casale Litta, Castronno, Crosio della Valle, Daverio,
Gazzada Schianno, Morazzone, Mornago, Sumirago.



PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 3719/2024 – Misura B2
SCHEDA PROGETTO – BUONI – CONTRIBUTI - VOUCHER
Dgr 3719/2024 – Misura B2

Intervento	Risorse
Cognome e nome _____ _____	Residente a _____ _____
Buono sociale – ASSISTENZA INDIRETTA per care giver familiare (Buono fino a €. 100 x 12 mesi = € 1.200,00)	☐
Buono sociale – ASSISTENZA INDIRETTA per care giver con assistente personale con regolare contratto (Buono fino a €. 100 x 12 mesi = € 1.200,00 o €. 50 x 12 mesi = € 600,00)	☐
VOUCHER – ASSISTENZA DIRETTA per servizi socio assistenziali 1. Supporto e sollievo ai caregiver familiari 2. Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente Ad esempio: - prestazioni di respiro dall’assistenza (interventi di sollievo) che favoriscono la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare; - prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio; - ricovero temporaneo in struttura residenziale; - prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzati sia al “sollievo” del caregiver che al maggior benessere dell’utente; - percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al caregiver familiare; Le prestazioni saranno declinate in base al Progetto Personalizzato dell’utente (voucher fino ad euro 2.500,00)	☐

Firma degli operatori che hanno assemblato il PAI

ADI

Assistente Sociale



PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 3719/2024 – Misura B2

Per accettazione del Progetto Individuale di Assistenza (PAI)

Dichiara inoltre

di essere informato in merito ai principi normativi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e a conoscenza dei diritti in materia di GDPR e di acconsentire al trattamento dei dati riportati nel presente modulo in conformità alla normativa RE 2016/679 GDPR e che per l'ottenimento dei benefici di cui alla DGR in corso – Misura B2 i dati saranno trattati dal Comune di residenza, dal Servizio ADI dell'ASST Settelaghi, dal Comune di Azzate, Ufficio di Piano e da quest'ultimo comunicati ad ATS attraverso il sistema informatizzato Adiweb.

il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo _____ , _____

In fede

(Firma del richiedente)

Piano di Zona L. 328/00	Ambito Territoriale di Azzate
	<i>Aderiscono i Comuni di</i> Azzate, Brunello, Buguggiate, Carnago, Caronno Varesino, Casale Litta, Castronno, Crosio della Valle, Daverio, Gazzada Schianno, Morazzone, Mornago, Sumirago.



PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (PAI) - Dgr 3719/2024 – Misura B2

Il beneficiario dell'intervento dichiara di scegliere, ai fini dell'accreditamento del buono sociale, una delle seguenti modalità di pagamento:

- Direttamente su conto corrente: bancario ☐ postale ☐

NON PUÒ ESSERE LIBRETTO POSTALE

Intestato al beneficiario del contributo a SE STESSO E A

.....

Banca.....Agenzia.....

Comune.....Coord. . ABI..... CAB.....

IBAN

(copia in allegato DELLA BANCA)

- Mandato diretto al favore del sottoscritto con quietanza a favore di:

.....

Codice fiscalenato/a a

.....() il

residente ain Via.....

Data _____

In fede (Firma del richiedente)
