

INFORMAZIONI RELATIVE AL <b>BENEFICIARIO</b>	
<input type="checkbox"/> persona non frequentante servizi diurni	
<input type="checkbox"/> persona frequentante servizi diurni sociali	Quale? <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> CSE <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> persona frequentante i servizi diurni sociosanitari/sanitari	Quale? <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> altro _____
<input type="checkbox"/> Persona accolta nelle residenzialità (specificare) _____	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

INFORMAZIONI RELATIVE AL <b>SOSTEGNO FAMILIARE</b>	
<input type="checkbox"/> Assenza di entrambi i genitori e di una rete familiare che garantisca assistenza	
<input type="checkbox"/> Genitori che, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa e assenza di una rete familiare che garantisca assistenza.	
<input type="checkbox"/> Assenza di entrambi i genitori ma presenza di una rete familiare che garantisca assistenza.	
<input type="checkbox"/> Genitori che, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa e presenza di una rete familiare che garantisca assistenza.	

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA <b>CONDIZIONE SOCIO- ECONOMICA</b>	
<input type="checkbox"/> ISEE ordinario: € _____	
<input type="checkbox"/> ISEE socio-sanitario: € _____	
<input type="checkbox"/> di aver presentato DSU in data: _____	

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA <b>CONDIZIONE ABITATIVA</b>	
<input type="checkbox"/> Non disponibilità di un'abitazione.	
<input type="checkbox"/> Frequenza struttura residenziale diverse da quelle previste dal D.M. (gruppi appartamento e soluzioni di Co-Housing riproducenti le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e con capacità ricettiva fino a 5 persone).	
<input type="checkbox"/> Presenza dell'abitazione e dello stato della stessa (valutare complessivamente di seguito: spazi per i componenti della famiglia, condizioni igieniche, condizioni strutturali, servizi igienici) indica di seguito con una X: adeguato, parzialmente adeguato, non adeguato).	
<input type="checkbox"/> Non adeguato	Motivo: _____
<input type="checkbox"/> Parzialmente adeguato	Motivo: _____
<input type="checkbox"/> Adeguato	Motivo: _____

ALTRE MISURE ATTIVE A SOSTEGNO DI PERSONE IN CONDIZIONE DI FRAGILITA'	
<input type="checkbox"/> Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare/ Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente	
<input type="checkbox"/> Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)	
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	
<input type="checkbox"/> Misura Reddito di autonomia disabili	
<input type="checkbox"/> Misura B1 FNA: Buono assistente personale	
<input type="checkbox"/> Sostegno "Ristrutturazione" del Programma regionale	
<input type="checkbox"/> Sostegno "Canone di locazione/Spese condominiali" del Programma regionale	
<input type="checkbox"/> Sostegno "Residenzialità autogestita" da persone disabili gravi del Programma regionale	
<input type="checkbox"/> Sostegni forniti con i Progetti sperimentali Vita Indipendente (PRO.VI.)	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA RICHIEDENTE/FAMILIARE/ADS/TUTORE/ENTE/ASSOCIAZIONE

\_\_\_\_\_