

## Dichiarazione accettazione progetto individualizzato

La presente istanza è compilata sulla base di dichiarazioni rese dal beneficiario/a e di valutazioni effettuate dalla Case Manager, ciascuno per le parti di propria competenza.

Come da valutazione multidimensionale e progetto individualizzato compilato in data \_\_\_\_\_ si rileva il bisogno del beneficiario/a nell'attivare la misura:

- ☐ Buono sociale caregiver familiare
- ☐ Buono sociale per personale di assistenza regolarmente impiegato
- ☐ Buono sociale per P.V.I.

In sede di valutazione è inoltre emersa la necessità di attivazione dei seguenti strumenti integrativi:

- ☐ Benessere della persona
- ☐ Sollievo e sostegno per il caregiver

Il/La sottoscritto/a, in qualità di Case Manager incaricato/a, attesta, sulla base della documentazione acquisita e delle valutazioni effettuate nell'ambito del proprio ruolo professionale, che le informazioni riportate nella presente istanza sono coerenti, corrette e rispondenti alla situazione rilevata.

Firma della Case Manager \_\_\_\_\_

I soggetti firmatari dichiarano di aver preso visione della presente istanza, di accettarne integralmente i contenuti consapevoli che le informazioni ivi riportate verranno utilizzate dagli Uffici di competenza ai fini dell'istruttoria della Misura B2 a valere sul FNA 2025.

L' accettazione costituisce conferma della veridicità delle informazioni dichiarate e dell'assunzione di responsabilità in merito a quanto riportato, ciascuno per le parti di propria competenza.

Luogo, data

\_\_\_\_\_

Firma dell'assistito /tutore/curatore/amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_

Firma del/lla Caregiver familiare

\_\_\_\_\_

Firma di un rappresentante di ASST

\_\_\_\_\_

Firma del/lla Case Manager

\_\_\_\_\_

