**PROGETTO INDIVIDUALE**

|  |
| --- |
| **INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO** |
| COGNOME E NOME: |
| NATO/A A:  | DATA DI NASCITA:  |

* **COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:**
* Coniuge/convivente
* Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
* Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
* Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
* Coniuge/convivente + un genitore/ambedue genitori
* Ambedue i genitori
* Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
* Padre
* Padre + fratello/i + sorella/e
* Madre
* Madre + fratello/i + sorella/e
* Fratello/i + sorella/i
* Figlio/a/i
* Solo
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **TIPOLOGIA DI CAREGIVER FAMILIARE**
* Coniuge/convivente
* Ambedue i genitori
* Padre
* Madre
* Figlio/a/i
* Fratello/i + sorella/i
* Nuora/Genero
* Cognato/a
* Zio/a
* Nessuno
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **BUONO PER L’ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO/A**
* contratto di assistente familiare convivente di 54 ore settimanali
* contratto di assistente familiare a tempo parziale, da 26 a 53 ore settimanali
* contratto di assistente familiare a tempo parziale, max 25 ore settimanali
* **PUNTEGGIO SCHEDA TRIAGE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE EFFETTUATA IN DATA (SE PRESENTE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **RELAZIONE SOCIALE** |
| **BENEFICIARIO – SINTESI BISOGNI**(sintesi anamnestica e funzionale, percezione della propria condizione di bisogno e aspirazioni personali) |  |
| **RETE/INTERVENTI ATTIVI**(adeguatezza degli interventi in essere / necessità di implementazione - connessione tra i nodi della rete/ necessità di connessione) |  |

|  |
| --- |
| **OBIETTIVI PRESA IN CARICO** |
| Obiettivo/i: |
| Intervento/i previsto/i:  |

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SCEGLIE LA SEGUENTE MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO DI ASSISTENZA INDIRETTA DI CUI ALLEGO GLI ESTREMI:

ACCREDITO IN C/C BANCARIO O POSTALE (INDICARE L’ISTITUTO BANCARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INTESTATO A : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRME

Rappresentante comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beneficiario/caregiver/amministratore di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Case manager \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rappresentante ASST (solo se effettuata valutazione multidimensionale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_