

PROGETTO PERSONALIZZATO

“VITA INDIPENDENTE”

Composizione Equipe Valutativa Multiprofessionale

(indicare come primo componente dell’Equipe il Case Manager)

Nome e cognome	Professionalità	Ente/servizio di riferimento

A – AREA SOCIO-SANITARIA

SCHEDA ANAGRAFICA UTENTE

Cognome							
Nome							
Luogo di nascita							
Data di nascita							
Cittadinanza							
Indirizzo							
Codice fiscale							
Stato civile	Celibe	Nubile	Coniugato/a	Vedovo/a	Separato/a	Convivente	Divorziato/a

Familiare o altre persone di riferimento	
Persone incaricate dall'amministratore/tutore	
Recapito telefonico	
Requisiti socio-assistenziali	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> L. 104/92 <input type="checkbox"/> Invalidità civile <input type="checkbox"/> ≤ 75% <input type="checkbox"/> > 75% <input type="checkbox"/> Pensione di invalidità <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> Pensione di reversibilità <input type="checkbox"/> L. 20/97 <input type="checkbox"/> Altro.....

FAMIGLIA D'ORIGINE

Componenti FO	- padre _____ - madre _____ - fratello/sorella _____ - fratello/sorella _____ - fratello/sorella _____ - altro _____
Condizione abitativa del FO e indirizzo	<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato d'Uso Altro _____
Rapporti coi familiari	

NUCLEO FAMILIARE

Componenti NF	- padre _____ - madre _____ - fratello/sorella _____ - fratello/sorella _____ - fratello/sorella _____ - altro _____
Sistemazione abitativa del NF e indirizzo	<input type="checkbox"/> Proprietà <input type="checkbox"/> Locazione <input type="checkbox"/> Comodato d'Uso Altro _____
Rapporti coi familiari	

FAMILIARI DI RIFERIMENTO

Grado di parentela:

NOME E COGNOME	
STATO CIVILE	
SCOLARITÀ	
PROFESSIONE	
MALATTIE	
RECAPITI TELEFONICI	

Grado di parentela:

NOME E COGNOME	
STATO CIVILE	
SCOLARITÀ	
PROFESSIONE	
MALATTIE	
RECAPITI TELEFONICI	

Stato di occupabilità

Formazione scolastica	
Formazione professionale	
Attività lavorative in atto o pregresse	
Patente di guida	

B – AREA EDUCATIVA E RIABILITATIVA

FUNZIONAMENTO SOCIALE

Igiene e cura della persona	
Igiene dell'ambiente	
Preparazione pasti	
Uso del telefono	
Gestione del denaro	
Trasporti	
Comunicazione	
Tempo libero	
Utilizzo di strumenti tecnologici	

1. Descrizione della condizione di disabilità e del livello di autonomia personale anche in relazione al contesto familiare e ambientale:

2. Descrizione del bisogno:

C – PROGETTAZIONE INTERVENTI

	Assistente personale	Trasporti volti all'autonomia
INTERVENTI	Obiettivi da raggiungere 1. _____ 2. _____ 3. _____	Obiettivi da raggiungere 1. _____ 2. _____ 3. _____
METODOLOGIE E STRUMENTI	Tipologia prestazione _____ Modalità di erogazione (voucher, rimborso spese, ecc.)	<i>specificare la finalità per la quale viene richiesto il servizio. Ad es. attività sportiva, culturale, salute... ecc.</i> ; _____ _____ _____ _____ fabbisogno settimanale N. ore _____
RISULTATI ATTESI		

RICONDURRE GLI OBIETTIVI ALLE SEGUENTI AREE:

- Economica
- Lavorativa
- Educativa
- Psicologico/Relazionale
- Abitativa
- Assistenza Personale

RICONDURRE I RISULTATI ATTESI ALLE SEGUENTI CATEGORIE:

- Migliorare la condizione socio-relazionale
- Migliorare le competenze tecnico professionali
- Migliorare la condizione socio-educativa
- Migliorare la condizione fisica e psichica

Tempi previsti per la realizzazione del progetto 1 anno.

Data inizio prevista _____

Verifica semestrale _____

Luogo e Data _____

Firma del destinatario del Progetto Personalizzato _____

Case Manager _____

Firma Operatori EVM

