Inserire i loghi dei comuni dell’ambito

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

 ( Da inviare alla Regione per ogni beneficiario)

** SOCIO – SANITARIO**

** SOCIO - ASSISTENZIALE**

**PREMESSA**

L’anno duemila……. giorno alle ore presso

la/le seguente/i figura/e professionale/i :

 **in qualità**

 **in qualità**

 **in qualità**

 **in qualità**

 **in qualità**

 **in qualità**

**VISTI**

 la Scheda di Valutazione del Bisogno Sociale (“ Modello Presa in carico”)

 la documentazione attestante il Bisogno Sanitario

Ha/hanno redatto il presente **progetto individualizzato**.

Il *responsabile del caso è individuato* nella persona di

Il presente verbale viene trasmesso al Responsabile del Piano del comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’adozione degli atti necessari all’autorizzazione amministrativa per l’attivazione dell’intervento.

**PROGETTO INDVIDUALIZZATO**

**Cognome**

**Nome**

**Luogo e data di nascita**

 **/ /**

**Genere** M F **Residenza via**

**Codice Fiscale**\*\*

**Stato Civile** Celibe Coniugato/a Vedovo/a Separato/a Nubile Convivente Divorziato/a

**Rappresentato da** : Cognome e nome

Data e luogo di nascita

in qualità di

il C.F.

Domicilio attuale via

Comune di Prov.( ) Tel.

**Persona di riferimento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Indirizzo e recapito telefonico | Note |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Rete Parentale** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Grado di parentela o tipo di relazione | Distanza dal soggetto | Frequenza rapporti | Note |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Medico di famiglia**

Cognome e nome Indirizzo telefono a

**Occupazione e/o fonti di reddito**

Attività precedente: Attività attuale:

**Fonte di reddito**: nessuna da lavoro da pensione \* altro \*

(\*) Specificare Invalidità [SI] [NO] Grado Invalidità di guerra Appartenente alla categoria Invalidità per servizio Appartenente alla categoria L. 104/92 [SI] [NO] Grado Indennità di accompagnamento [SI] [NO]

Reddito ISEE anno: €

Entrate di natura assistenziale e risarcitoria quantificabili in €

**VALUTAZIONE BISOGNO SOCIALE E SANITARIO**

**STRUMENTO VALUTAZIONE SOCIALE:**

**ESITO \_VALUTAZIONE:**

**LIVELLO DI BISOGNO**

 **BASSO**

 **MEDIO BASSO**

 **MEDIO**

 **MEDIO ALTO**

 **ALTO**

**STRUMENTO VALUTAZIONE SANITARIA**:

**ESITO VALUTAZIONE**:

**GRADO DI AUTONOMIA**

 **AUTOSUFFICIENTE**

 **PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE**

 **NON AUTOSUFFICIENTE**

**SINTESI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE A CURA DELL’EQUIPE**

□ Soggetto autosufficiente con prevalenza assistenziale sociale

□ Soggetto parzialmente autosufficiente con prevalenza di bisogno assistenziale sociale

□ Soggetto parzialmente autosufficiente con prevalenza di bisogno assistenziale sociosanitaria

□ Soggetto non autosufficiente con prevalenza di bisogno assistenziale sociale

□ Soggetto non autosufficiente con prevalenza di bisogno assistenziale sociosanitaria

**DESCRIZIONE DEL BISOGNO SOCIALE**

**DESCRIZIONE DEL BISOGNO SOCIO -SANITARIO**

**OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE**

**BREVE TERMINE:**

**MEDIO TERMINE:**

**LUNGO TERMINE**

**RICONDURRE GLI OBIETTIVI ALLE SEGUENTI AREE:**

 **ECONOMICA  PSICOLOGICO/RELAZIONALE**

** LAVORATIVA  ABITATIVA**

** EDUCATIVA  ASSISTEZA MATERIALE**

** ASSISTENZA SANITARIA  ALTRO**

**DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO E DEI SERVIZI OFFERTI:**

**ATTIVITA’/PRESTAZIONI SOCIALI**

Progetto con decorrenza / /

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **PRESTAZIONI EROGATE** | **FIGURE PROF.LI****COINVOLTE** | **N. GG****a****SETT.** | **TOTALE ORE****GG** | **TOTALE ORE****SETT** | **DURATA DEL****SERVIZIO** | **COMPARTEC. UTENTE** | **COMPARTEC. PDZ S10** | **TOTALE COSTO****SERV.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ATTIVITA’/PRESTAZIONI SANITARIA**

Progetto con decorrenza / /

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **PRESTAZIONI EROGATE** | **FIGURE PROF.LI****COINVOLTE** | **N. GG a****SETT.** | **TOTALE ORE GG** | **TOTALE ORE SETT**. | **DURATA DEL****SERVIZIO** | **COMPARTEC. UTENTE** | **COSTO ORARIO** | **TOTALE COSTO SERV.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**RISULTATI ATTESI:**

**METODOLOGIE DI INTEVENTO:**

**STRUMENTI:**

**COLLABORAZIONE CON ALTRI SOGGETTI DEL TERRITORIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE** | **INDIRIZZO** | **TIPOLOGIA** | **REFERENTE DEL PROGETTO** | **QUALIFICA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DURATA DEL PROGETTO (in mesi):**

**DATA INIZIO PROGETTO: / /**

**EVENTUALE RINUNCIA/SOSPENSIONE/INTERRUZIONE DELL’ INTERVENTO:**

DATA:

** RINUNCIA**

** SOSPENSIONE**

** INTERRUZIONE**

**MOTIVAZIONE:**

NOME E COGNOME FIRMA

**DIARIO DI BORDO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | TIPOLOGIAINTERVENTO | ANNOTAZIONI |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**VALUTAZIONE EX POST DEGLI OBIETTIVI DELL’ INTERVENTO**

**□ RAGGIUNTI**

**□ PARZIALMENTE RAGGIUNTI**

**□ NON RAGGIUNTI**

**MOTIVAZIONE:\_**

NOME E COGNOME FIRMA

**RIPROGRAMMAZIONE**

**Durata Proroga ( in mesi):**

**Data inizio**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **PRESTAZIONI EROGATE** | **FIGURE PROF.LI****COINVOLTE** | **N. GG a****SETT.** | **TOTALE ORE****GG** | **TOTALE ORE****SETT** | **DURATA DEL****SERVIZIO** | **COMPARTEC. UTENTE** | **COSTO ORARIO** | **TOTALE COSTO****SERV.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NOME E COGNOME FIRMA

**DIARIO DI BORDO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **TIPOLOGIA****INTERVENTO** | **ANNOTAZIONI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**CONCLUSIONE**

**□ RAGGIUNTI**

**□ PARZIALMENTE RAGGIUNTI**

**□ NON RAGGIUNTI**

**MOTIVAZIONE:\_**

NOME E COGNOME FIRMA