**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** | * Nessuno
* L. 104/92
* Invalidità civile  ≤ 75%  > 75%
* Pensione di invalidità
* Indennità di accompagnamento
* Pensione di reversibilità
* L. 20/97
* Altro………………………………………
 |

**FAMIGLIA D’ORIGINE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Componenti FO** | * padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* fratello/sorella\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* fratello/sorella\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* fratello/sorella\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Condizione abitativa del FO e indirizzo** |  Proprietà Locazione Comodato d’UsoAltro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Rapporti coi familiari** |  |

**NUCLEO FAMILIARE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Componenti NF** | * padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* fratello/sorella\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* fratello/sorella\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* fratello/sorella\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Sistemazione abitativa del NF e indirizzo** | Proprietà Locazione Comodato d’UsoAltro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Descrizione del bisogno:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C – PROGETTAZIONE INTERVENTI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Assistente personale** | **Trasporti volti all’autonomia** |
| **INTERVENTI** | Obiettivi da raggiungere1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | Obiettivi da raggiungere1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **METODOLOGIE E STRUMENTI** | Tipologia prestazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Modalità di erogazione (voucher, rimborso spese, ecc.) | *specificare la finalità per la quale viene richiesto il servizio. Ad es. attività sportiva, culturale, salute… ecc. ;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_