**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’Uso  Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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’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:***

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

1. ***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.) | *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

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

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