



ALLEGATO 2

COMUNE DI FOLIGNO CAPOFILA

ZONA SOCIALE N. 8 FOLIGNO

SCHEDA PROGETTO INDIVIDUALIZZATO - ANNO 2019

1. DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Residente _____

In via _____

In possesso del Certificato di handicap grave ai sensi dell'art. 3 c.3 della L.104/92

per Deroga d'età indicare gli anni di continuità _____

2. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO

Intende avvalersi del contributo per i seguenti bisogni:

Attività di socializzazione

Attività culturali/laboratoriali

Attività di tempo libero

Altro

Ulteriori specificazioni del/i punto/i sopra indicati

Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita, situazione sociale, lavorativa e/o di studio

Piano personalizzato (compilazione a cura del Responsabile del Centro Diurno, del disabile e/o della famiglia) indicazione del metodo per l'acquisizione di competenze necessarie all'educazione all'autonomia personale e per il consolidamento delle capacità già possedute dal disabile;

integrazione con le eventuali attività già svolte dal disabile;

metodo utilizzato nel progetto ed appropriatezza riguardo alle problematiche del disabile;

utilizzo di metodologie per lo sviluppo di competenze per linguistiche, logico operative, motorie, manuali;

previsione di attività utili all'inserimento nel contesto territoriale, all'apprendimento di competenze per la fruizione di strutture e servizi, all'inserimento degli utenti in iniziative a carattere culturale, sportivo di tempo libero organizzate nel territorio;

coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, dei pediatri e/o medici di famiglia;

professionalità certificata del personale nella specifica attività;

corrispondenza tra l'attività prevista ed i professionisti impegnati;

DATI DEL CENTRO DIURNO

Denominazione _____

CF/PIVA _____

località _____

Autorizzazione _____

Descrizione locali

Responsabile _____

e-mail _____ n. telefono _____

All. 2 a Scheda di rilevazione Situazione socio familiare;

All. 2 b Scheda di rilevazione della Condizione abitativa;

All. 2 c Scheda di Fruizioni di servizi ed interventi sociali e/o sociosanitari;

data _____

Firma del richiedente _____

Firma del Responsabile del Centro _____



ALL. 2a al Progetto Personalizzato - Scheda di rilevazione Situazione Socio -familiare

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza ed alle persone della famiglia allargata con cui sono in essere stabili relazioni di reciprocità.

Il richiedente si trova nella seguente situazione socio-familiare:

- vive da solo
- la composizione attuale del nucleo dove vive il richiedente è la seguente (rispondere **esclusivamente** nel caso in cui il beneficiario **non** viva da solo):

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO				
	1° componente	2° componente	3° componente	4° componente
COGNOME/NOME				
RELAZIONE				
LUOGO DI NASCITA				
DATA DI NASCITA				
CONDIZIONE LAVORATIVA/ ATTIVITA' SVOLTA 1)				
PROBLEMATICHE RILEVANTI 2)				

1) nella riga "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di 1. disoccupato, 2. Casalinga, 3. Lavoratore autonomo, 4. Lavoratore dipendente, 5. Inabile al lavoro, 6. Pensionato, 7. studente, 8. altro.

2) nella riga "Problematiche rilevanti" indicare

A la presenza di persone anziane non autosufficienti e/o con malattie degenerative o croniche;

B la presenza di adulti con patologie degenerative e croniche;

C la presenza di minori con necessità di cure particolari.

Data _____

Firma del richiedente _____



ALL. 2 b Progetto personalizzato – Scheda di rilevazione Condizione abitativa

Il richiedente si trova nella seguente condizione abitativa:

L'abitazione principale è situata in:

Via/P.zza _____ n. ____ Vani n. _____

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto
 - da privato da pubblico

E' in atto lo sfratto esecutivo? SI NO

Altro

presenta servizi igienici adeguati SI NO

ha una superficie adeguata al numero di persone conviventi SI NO

presenta barriere fisiche e/o sensoriali SI (esterne) SI (interne) NO

Piano _____ Ascensore SI NO

Rispetto ai servizi pubblici (es. negozi di alimentari, farmacia, trasporti) l'abitazione risulta essere:

- Servita
- Poco servita
- Isolata

Data _____

Firma del richiedente _____



ALL. 2 c Progetto personalizzato – Scheda di fruizione di servizi ed interventi sociali e/o socio sanitari

Il richiedente fruisce dei seguenti servizi:

	Frequenza oraria settimanale	Tipologia di prestazioni	note
Centro diurno socio-riabilitativo			
Centro di riabilitazione sanitaria			
ADI			
SAD			
Aiuto personale			
Altro			

Il richiedente ha percepito i seguenti contributi economici da Enti:

Contributo per il care giver per il periodo _____ Importo di € _____

Assegno mensile gravissime disabilità per il periodo _____ Importo di € _____

Altro contributo (Specificare) _____

per il periodo _____ Importo di € _____

Data _____

Firma del richiedente _____