

## PROGETTO INDIVIDUALE

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO	
COGNOME E NOME:	
NATO/A A:	DATA DI NASCITA:

- **COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:**

- Coniuge/convivente
- Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
- Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
- Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
- Coniuge/convivente + un genitore/ambidue genitori
- Ambedue i genitori
- Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
- Padre
- Padre + fratello/i + sorella/e
- Madre
- Madre + fratello/i + sorella/e
- Fratello/i + sorella/i
- Figlio/a/i
- Solo
- Altro \_\_\_\_\_

- **TIPOLOGIA DI CAREGIVER FAMILIARE**

- Coniuge/convivente
- Ambedue i genitori
- Padre
- Madre
- Figlio/a/i
- Fratello/i + sorella/i
- Nuora/Genero
- Cognato/a
- Zio/a
- Nessuno
- Altro \_\_\_\_\_

- **BUONO PER L'ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO/A**

- contratto di assistente familiare convivente di 54 ore settimanali
- contratto di assistente familiare a tempo parziale, da 26 a 53 ore settimanali
- contratto di assistente familiare a tempo parziale, max 25 ore settimanali

- **PUNTEGGIO SCHEDA TRIAGE \_\_\_\_\_**

- **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE EFFETTUATA IN DATA (SE PRESENTE) \_\_\_\_\_**

<b>RELAZIONE SOCIALE</b>	
<b>BENEFICIARIO – SINTESI BISOGNI</b> (sintesi anamnestica e funzionale, percezione della propria condizione di bisogno e aspirazioni personali)	
<b>RETE/INTERVENTI ATTIVI</b> (adeguatezza degli interventi in essere / necessità di implementazione - connessione tra i nodi della rete/ necessità di connessione)	

<b>OBIETTIVI PRESA IN CARICO</b>
Obiettivo/i:
Intervento/i previsto/i:

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SCEGLIE LA SEGUENTE MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO DI ASSISTENZA  
 INDIRETTA DI CUI ALLEGO GLI ESTREMI:

ACCREDITO    IN    C/C    BANCARIO    O    POSTALE    (INDICARE    L'ISTITUTO    BANCARIO:

\_\_\_\_\_

INTESTATO A : \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

FIRME

Rappresentante comune \_\_\_\_\_

Beneficiario/caregiver/amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

Case manager \_\_\_\_\_

Rappresentante ASST (solo se effettuata valutazione multidimensionale) \_\_\_\_\_