

ALLEGATO 1 – 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 _____

• **COMPOSIZIONE SPECIFICA NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:**

- Il beneficiario vive solo
- Il beneficiario minorenne, vive in presenza di un solo genitore (nucleo monogenitoriale)
- Vive in presenza di altra persona in possesso di certificazione di disabilità (persone in condizione di disabilità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 1, 3 della L. 104/1992)
- Nessuna delle precedenti

• **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 _____

• **CAREGIVER FAMILIARE (INTERVENTO 1 ASSISTENZA AL CAREGIVER)**

- Assiste il beneficiario per più di 14 ore giornaliere
- Assiste il beneficiario per meno di 14 ore giornaliere

- **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

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

OBIETTIVI PRESA IN CARICO
Obiettivo/i:
Intervento/i previsto/i:
Tempi di verifica (INDICARE DURATA del progetto) _____ VERIFICA 1. Raggiungimento degli obiettivi del progetto per assolvere al debito informativo con Regione Lombardia

Firma Composizione Equipe Valutativa (nominativi, ente di appartenenza e firme)	Data:
- REFERENTE COMUNE: _____	
- REFERENTE ASST (nei casi di valutazione congiunta): _____	

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON:	Data e luogo:	Nominativo e Firma:
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiario • Familiare • Amministratore di sostegno • Tutore/Curatore 		

PROSSIMA VERIFICA OBIETTIVI PREVISTA PER _____