

AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

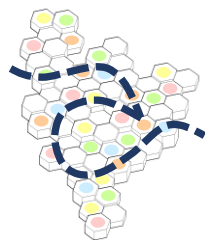
PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Dati anagrafici

Nome		Cognome	
Comune di residenza			
Indirizzo domicilio: Via		Comune	Telefono
Data di nascita			
Codice Fiscale:		Tessera sanitaria n.	
Formazione/Istruzione		<input type="checkbox"/> scuola dell'obbligo	<input type="checkbox"/> conclusa <input type="checkbox"/> non conclusa <input type="checkbox"/> in corso
		<input type="checkbox"/> formazione professionale	<input type="checkbox"/> conclusa <input type="checkbox"/> non conclusa <input type="checkbox"/> in corso
		<input type="checkbox"/> scuola secondaria 2°	<input type="checkbox"/> conclusa <input type="checkbox"/> non conclusa <input type="checkbox"/> in corso
		<input type="checkbox"/> università	<input type="checkbox"/> conclusa <input type="checkbox"/> non conclusa <input type="checkbox"/> in corso

Composizione del Nucleo Familiare:

Caregiver principale



AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

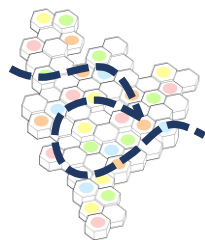
Tutore <input type="checkbox"/>	Curatore <input type="checkbox"/>	Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/>
Altre figure di riferimento ,specificare(es. vicini, volontari, amici, ecc.)		
Presenza di familiari che usufruiscono dei benefici relativi alla L. 104/92 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

SITUAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE E SOCIO-SANITARIA AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE

Chi fa (famiglia-servizi-altro)	Cosa fa

VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA

Spazi adeguati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Note:
Condizioni igieniche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Note:
Servizi igienici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Note:
Barriere architettoniche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Note:



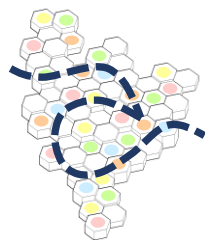
AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

Casa isolata o poco servita (negozi, servizi, ecc)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Note:
--	------------------------------------	------------------------------------	-------

VALUTAZIONE SITUAZIONE ECONOMICA			
Situazione lavorativa	Occupato..... <input type="checkbox"/>	Non occupato <input type="checkbox"/>	Note:
	Disoccupato <input type="checkbox"/>	Pensionato <input type="checkbox"/>	
	Invalido 100% <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>	
Situazione pensionistica	Nessuna <input type="checkbox"/>	Anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/>	Note:
	Minima/sociale <input type="checkbox"/>	Invalità <input type="checkbox"/>	
	Reversibilità <input type="checkbox"/>		
	Altra tipologia (es. infortunio sul lavoro...) <input type="checkbox"/>		
Indennità di accompagnamento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	In corso definizione pratica <input type="checkbox"/>
Altre misure economiche erogate da enti pubblici/privati			
Altre fonti di reddito presenti nel nucleo (coniuge, figli, ecc)			
ISEE			



AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

ESITI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE/MULTIDIMENSIONALE

Numero e tipologia di Strumenti utilizzati (ad es. colloqui, visite domiciliari ecc)

Utente
*(sintesi anamnestica e funzionale,
percezione della propria condizione
di bisogno e aspirazioni personali)*

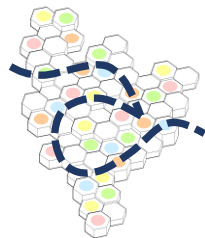
Famiglia
*(rilevare potenzialità e fragilità
quali stress, presenza di
problematiche sanitarie o
psicologiche, altro)*

Rete
*(adeguatezza degli interventi in
essere / necessità di
implementazione - connessione tra i
nodi della rete/ necessità di
connessione)*

I.A.D.L. (punteggio)

A.D.L. (punteggio)

Scheda di Valutazione Sociale (punteggio)



AZIENDA ISOLA

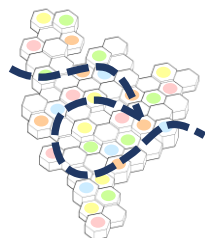
Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

SINTESI DEI BISOGNI

AREE DI INTERVENTO SOCIALE

Partita IVA 03298850169
e-mail: segreteria@aziendaisola.it
PEC: aziendaisola@propec.it
Tel. 035.199.111.65 - Fax 035.199.111.66



AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

ALTRE AREE DI INTERVENTO (medica, specialistica, infermieristica, riabilitativa, socio-assistenziale, sociale, relazionale, educativa, psicologica, ecc.)

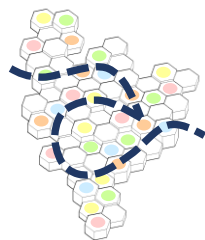
--

INTERVENTI (specificare le prestazioni assicurate dal caregiver familiare e/o assistente familiare, oppure nel caso di progetto per la vita indipendente gli interventi da sostenere con il buono)

TIPOLOGIA	PERIODO	MODALITA' DI SVOLGIMENTO

OBIETTIVI DI PRESA IN CARICO

Obiettivi:	Misura/intervento previsto:	Indicatori di verifica:	Tempi:
------------	-----------------------------	-------------------------	--------



AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

TOTALE BUDGET DI CURA

		€
		€
		€

Valutazione sociale

Operatori che hanno partecipato alla valutazione (nominativi , ente di appartenenza e firme)	Data:
--	-------

Stesura Progetto Individuale

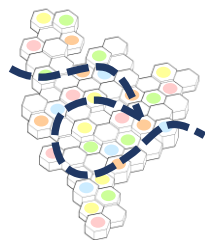
Case Manager/Assistente Sociale	Firma:	Data:
---------------------------------	--------	-------

PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON:

- Beneficiario
- Familiare
- Amministratore di sostegno
- Tutore/Curatore

Nominativo

Firma



AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

<input type="checkbox"/> Altro		
--------------------------------	--	--

VERIFICA (specificare le motivazioni se obiettivo raggiunto parzialmente o non raggiunto)

Data:	Obiettivo:	
Data:	Obiettivo:	
Data:	Obiettivo:	
Data:	Obiettivo:	

CHIUSURA PROGETTO

Data:	Motivo:
-------	---------

PER PRESA VISIONE REFERENTE RESPONSABILE AREA AZIENDA SPECIALE CONSORTILE
ISOLA BERGAMASCA E BASSA VAL SAN
MARTINO_____