

Scheda

Piano Personalizzato di Assistenza
(FNA - ASSEGNO DI CURA)

Assistente sociale a cui è affidato il caso _____

Data della presa in carico ____/____/____

1. DATI UTENTE E SUO NUCLEO FAMILIARE

Cognome _____

Nome _____

Genere M F

Data di nascita ____/____/____

Codice Fiscale _____

Stato Civile Celibe Coniugato/a Vedovo/a Separato/a Nubile Convivente Divorziato/a

Residenza _____

Recapiti _____

Descrizione della situazione di disabilità (D.M.26/9/2016):

Gravissima

Grave

2. SITUAZIONE NUCLEO FAMILIARE UTENTE PRESO IN CARICO

Cognome Nome	Rapporto di parentela rispetto all'utente	Istruzione/ formazione	Situazione Lavorativa	Salute	Problematiche di disagio	Situazione Giudiziaria	In carico ai servizi sociali

3.1. VALUTAZIONE DEL BISOGNO

VALUTAZIONE SOCIALE DEL SOGGETTO PRESO IN CARICO	LIVELLO DI BISOGNO				
	BASSO	MEDIO BASSO	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
CONDIZIONE ABITATIVA					
SITUAZIONE FAMILIARE					
CONDIZIONE DI SALUTE					
RETE DI CURA E SUPPORTO					
ISTRUZIONE/FORMAZIONE					
SITUAZIONE LAVORATIVA					
SITUAZIONE ECONOMICA					

3.2 IDENTIFICAZIONE DEL CAREGIVER

(Indicare se il caregiver coincide col familiare oppure è stato assunto un assistente familiare che si occupi del beneficiario dell'assegno di cura)

TIPOLOGIA DI CAREGIVER	TIPOLOGIA DI ASSUNZIONE <i>(PART-TIME, FULLTIME, ETC..)</i> ASSUNTO DAL...AL... TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI EFFETTUATE	ORARIO DI COPERTURA DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI
FAMILIARE		
ASSISTENTE FAMILIARE		

ALTRO		
-------	--	--

Luogo e data

Firma dell'Assistente Sociale

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in _____

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata.

DATA _____ (Firma leggibile) _____