## Allegato A.3 – format PROGETTO PERSONALIZZATO per servizio SAD art. 87 R.R. 4/2007

|  |
| --- |
| **Ente che rilascia il PROGETTO PERSONALIZZATO (P.P.)**  Il Servizio sociale professionale del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nella persona dell’Assistente sociale estensore del P.P.\_(*nome e cognome A.S.*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Vista la Scheda di Valutazione sociale del caso, rilasciata in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con num. prot.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal Servizio sociale Prof.le del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in favore dell’utente:

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI UTENTE (***destinatario finale delle prestazioni per le quali si richiede accesso tramite “Buono Servizio”)*  Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in (città)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Preso atto del profilo di bisogno socio-assistenziale nella stessa definito, vagliate e ulteriormente approfondite in sede di colloquio le esigenze di assistenza espresse dal destinatario finale delle prestazioni (ove possibile), dal referente familiare e/o del nucleo familiare di appartenenza dello stesso,**

**DEFINISCE E RILASCIA IL PRESENTE** PROGETTO PERSONALIZZATO:

**TOTALE ORE SETTIMANALI DI SERVIZIO RICHIESTE IN SEDE DI SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE DEL CASO** (Max 6) n. \_\_\_\_\_ore settimanali. **Il predetto monte/ore settimanale di servizio, andrà organizzato ed erogato dall’unità di offerta, nel rispetto del seguente programma:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Attività** | **N. ore settimanali totali della singola tipologia di prestazione** | **Distribuita su n. giornate settimanali (barrare un numero di giorni)** | **Prevalentemente in fascia oraria** |
| **Prestazioni OSS di cura/igiene della persona**  (non inferiori al 50% e fino al 100% del totale ore sett.li) | \_\_\_ | 1 2 3 4 5 6 | * Prima mattina(7-10) * Tarda mattina (10-13) * Primo pomeriggio (13-15) * Pomeriggio (15-18) * Sera (18-20) |
| **Preparazione/somministrazione assistita dei pasti** | \_\_\_ | 1 2 3 4 5 6 | * Prima mattina(7-10) * Tarda mattina (10-13) * Primo pomeriggio (13-15) * Pomeriggio (15-18) * Sera (18-20) |
| **Aiuto nella pulizia e igiene dell’ambiente di vita** | \_\_\_ | 1 2 3 4 5 6 | * Prima mattina(7-10) * Tarda mattina (10-13) * Primo pomeriggio (13-15) * Pomeriggio (15-18) * Sera (18-20) |

|  |
| --- |
| **Eventuali note descrittive del A.S.** |

**Il presente PROGETTO PERSONALIZZATO è rivedibile a cadenza mensile su formale istanza dell’utente, del referente del nucleo familiare o su iniziativa d’ufficio. In assenza di aggiornamenti/revisioni, il presente progetto personalizzato resta valido per l’intero periodo di fruizione del buono servizio ed è vincolante, in termini di prestazioni e modalità di erogazione, per l’unità di offerta.**

Num. Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di rilascio P.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’assistente sociale Estensore

*(firma)*

*Per condivisione e accettazione*

*L’utente/referente familiare*

*(firma)*