

**SCHEDA PROGETTO INDIVIDUALE A FAVORE DI
PERSONE CON HANDICAP GRAVE –
BANDO "DOPO DI NOI" DGR 3404/2020**

ALLEGATO A PARTE B

SEZIONE 1: ANAGRAFICA

BENEFICIARIO:

nome e cognome:

nato/a a

residente a

in via Tel. Casa

Codice fiscale:

diagnosi clinica (come da verbale):

grado di invalidità

Genitore/**Tutore (per interdizione)**/ Amministratore di Sostegno: tel. Casa

AMBITO/I DI INTERVENTO:

PERCORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA PER L'EMANCIPAZIONE DAL CONTESTO FAMILIARE

Situazione iniziale (contesto familiare, socio-relazionale, abitativo, lavorativo, istruzione/formazione)

Situazione socio-sanitaria

Farmacoterapia in essere

Interventi socio-assistenziali in essere

DESCRIZIONE PROGRAMMA INDIVIDUALE "DOPO DI NOI"

CASE MANAGER

Nome: _____ Cognome: _____
Qualifica: _____ Denominazione Ente: _____
Telefono: _____ Fax: _____
E-mail: _____

EVENTUALI PARTNER TERRITORIALI

Denominazione: _____
Referente: _____ Qualifica: _____
Telefono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

RESPONSABILE OPERATIVO DEL PROGETTO

Nome e Cognome: _____ Qualifica: _____
Telefono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Bisogni rilevati e aspettative personali e familiari

Obiettivi e risultati attesi

Modalità di attuazione

Obiettivo	Intervento	Soggetto realizzatore (luogo)	Indicatore risultato atteso	Risorse Economiche	Fonti di finanziamento

Modalità di monitoraggio/verifica

Obiettivo	Strumento	Frequenza

DURATA DEL PROGRAMMA INDIVIDUALE:

DATA INIZIO: DATA DI FINE:
 ANNO DURATA DEL PROGETTO N. MESI:
 ANNO..... DURATA DEL PROGETTO N. MESI:

PIANO ECONOMICO ANNO _____

Periodo	Tipo di intervento	Costo totale	Finanziamento	Coofinanziamento

PIANO ECONOMICO ANNO

Periodo	Tipo di intervento	Costo totale	Finanziamento	Coofinanziamento

Co-finanziamento a carico di

Il finanziamento assegnato a: Penna Nera Cooperativa Sociale ONLUS, verrà utilizzato per sostenere le spese relative agli interventi previsti dal presente progetto e sarà liquidato a

Data

Firma

Operatori Ambito Mariano Comense

.....

Operatori ASST

.....

.....

Operatore Comune (Case Manager)

Ente gestore

.....

Beneficiario

Genitore/Tutore/Amministratore di Sostegno del Beneficiario