(scheda da compilare a cura del servizio sociale del comune di residenza)

PLUS

Piano Locale Unitario dei Servizi alla Persona - Distretto di Oristano

OGGETTO : Progetto "Emergenza Abitativa" - "Una casa amica" Annualità 2020

Denominazione Ente richiedente:

COMUNE DI

Indirizzo

**Operatore Responsabile
del Progetto/Servizio/ Intervento**

Nominativo

Recapito telefonico/fax/E-mail

Data presa in carico

**Dati del Destinatario dell'intervento/servizio
(anagrafica)**

Cognome

Nome

Sesso M F

Data di nascita

Luogo di nascita

Nazionalità

Codice fiscale

Residenza

Recapito tel.

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Celibe/nubile **coniugato/a** **Convivente** **vedovo/a**

Separato/a di fatto **separato/a legalmente** **divorziato/a**

Nessun titolo **licenza scuola media inferiore** **Qualifica professionale**

Diploma scuola media superiore **Laurea** **Altro**

Condizione occupazionale del destinatario

In cerca di prima occupazione **Disoccupato/a** **occupato/a** **studente**

Pensionato/a **casalinga** **inabile al lavoro** **iscritto liste mobilità** **altro**

Data ultimo lavoro svolto **specifica del lavoro**

Note:

Rete Familiare e Sociale del Destinatario

Vive solo si no **Specificare n. conviventi**

Tipo di relazione : **coniuge** **convivente** **genitori** **amici** **altro**

Composizione nucleo familiare: **coniuge** **convivente** **altro**

N. figli _____

N. figli conviventi _____ **di cui minorenni** ____ **di cui maggiorenni** ____

N. figli non conviventi _____ **di cui minorenni** ____ **di cui maggiorenni** __

Note:

Condizione abitativa del destinatario

senza fissa dimora **sgombero** **sfratto** **ospite/coabitazione** **sub affitto**

uso gratuito **alloggio occupazione abusiva** **proprietà** **in affitto privato**

In affitto Enti ☐	altro ☐
Sono presenti barriere architettoniche	SI NO
Importo affitto mensile €.	Importo mutuo mensile €.

Condizione Socio-sanitaria certificata del destinatario									
Invalido Civile/Lavoro	si	no	se SI : in fase di definizione ☐		☐ definita :		% di invalidità		
Patologia cronica/rara ☐	Handicap ☐		Handicap grave (art. 3 c. 3) ☐		Non autosufficiente ☐				
Parzialmente autosufficiente ☐									
Nominativo del Medico di Medicina Generale:									
Indennità di accompagnamento	SI	NO	in attesa		SI	NO	ricorso	SI	NO
Altra indennità :									
L'utente è già in carico al Servizio Sociale Professionale? si no									
Se SI specificare quali servizi e interventi/servizi sono attivi:									
Integrazione servizi sanitari si no									
Se SI specificare quali servizi e interventi/servizi sono attivi:									

Condizione economica	
Reddito mensile personale	Euro:
Reddito mensile del nucleo familiare (includere persone conviventi non legate vincoli di parentela):Euro:	
Valore ISEE (euro)	nessun reddito ☐

Punti di Forza	Punti di Debolezza
Fattori ambientali ☐	Fattori ambientali ☐
Fattori familiari ☐	Fattori familiari ☐
Fattori personali ☐	Fattori personali ☐
Rete di relazione ☐	Rete di relazione ☐
Condizione economica ☐	Condizione economica ☐
Stato di salute ☐	Stato di salute ☐
Altro:	

Profilo sociale
☐ Problematiche connesse al ciclo evolutivo/disagio psicologico
☐ Sospetto maltrattamento e/o abuso (psicologico, fisico, sessuale)
☐ Disoccupazione di lunga durata
☐ Problematiche connesse alla devianza (penale)
☐ Precarietà economica
☐ Precarietà abitativa
☐ Instabilità lavorativa
☐ Difficoltà di inserimento lavorativo

☐ Autosufficienza parziale
☐ Non autosufficienza
☐ Problematiche connesse alle disabilità / handicap
☐ Problematiche connesse alla malattia psichiatrica
☐ Povertà estrema
☐ Problematiche connesse alle dipendenze
☐ Problematiche connesse all'immigrazione
Altro specificare

Interventi riabilitativi e socio assistenziali

Oltre ad eventuali interventi medico-terapeutici, ha fruito nell'ultimo biennio di interventi riabilitativi e socio assistenziali: **Si** **No**

Se SI, quali [sono possibili anche più risposte]

- aiuti economici, in natura o denaro
- aiuto nella ricerca o nella sistemazione dell'alloggio
- aiuto nell'inserimento al lavoro
- attività di animazione
- assistenza o educazione nelle attività della vita quotidiana
(ad esempio: gestione casa, gestione denaro, alimentazione, igiene personale, trasporto, ecc.)
- socializzazione (extralavorativa) in gruppi o strutture del Servizio territoriale di riferimento
- socializzazione (extralavorativa) in gruppi enti, organizzazioni esterne al Servizio
- altro, specificare:

Interventi/servizi erogati con fondi PLUS (da ricomprendere anche i servizi/interventi del Volontariato)

I I destinatario ha fruito nell'ultimo biennio di interventi /servizi con fondi PLUS: **Si** **No**

Se SI, quali [sono possibili anche più risposte]

- aiuti economici
- servizi di Prima accoglienza diurna e notturna
- servizio di assistenza bisogni primari e aiuti di vario genere
- erogazione pasti caldi
- cura personale e accesso ai servizi igienici
- servizio guardaroba e lavanderia
- microcredito
- assistenza legale
- aiuto nell'inserimento al lavoro
- intervento SPES (emergenze sociali)
- altro, specificare:

A seguito degli interventi erogati la situazione del destinatario è :

migliorata invariata peggiorata

Note:

Condivisione		
Il progetto è stato condiviso dal destinatario	si	no
Il destinatario ha un ruolo attivo	si	no
Dettagliare altri servizi / strutture locali coinvolte a livello di cooperazione nel progetto		

Elenco di partner coinvolti nella realizzazione del progetto	
Denominazione :	
Tipologia Ente/Associazione/:	
Nome e cognome del referente	
Recapiti del referente : e-mail	tel/cell

Costi previsti o presunti per il progetto	
Dettaglio dei costi previsti e ripartizione	
Tipologia	Importo

Codice iban intestato al beneficiario per erogazione contributo	
IBAN:	Importo

_____ li _____

Firma
dell'Operatore Responsabile del Progetto