



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____

CITTADINANZA _____ RESIDENZA _____

DATA VERBALE UVI _____ CASE MANAGER SOCIALE _____

REFERENTE CURE DOMICILIARI _____

CURE DOMICILIARI INTEGRATE: • SI • NO

MEDICO DI MEDICINA GENERALE _____

IL PAZIENTE USUFRUISCE DELLA LEGGE 104 _____ CONDIZIONE DI DISABILITA':

- Grave
- Gravissima

CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI PRIMO LIVELLO (5 Giorni)

PRESTAZIONI MEDICHE _____ FREQUENZA _____

PRESTAZIONI SOCIO ASSISTENZIALI _____ FREQUENZA _____

CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI SECONDO LIVELLO (6 Giorni)

PRESTAZIONI MEDICHE _____ FREQUENZA _____

PRESTAZIONI SOCIO ASSISTENZIALI _____ FREQUENZA _____

CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI TERZO LIVELLO O PALLIATIVE (6 /7 Giorni)

PRESTAZIONI SOCIO ASSISTENZIALI _____ FREQUENZA _____

PRESTAZIONI SOCIO ASSISTENZIALI _____ FREQUENZA _____



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

PROGETTO D'INTERVENTO

INIZIO DEL PROGETTO _____ TERMINE DEL PROGETTO 3 / 6 / 12 mesi

CARE GIVER _____

ASSISTENTE FAMILIARE ASSUNTO A CONTRATTO _____

IN DATA _____ (SI ACQUISISCE COPIA DEL CONTRATTO)

ATTIVITA'	SOGGETTI IMPEGNATI	FREQUENZA
<ul style="list-style-type: none"> • Preparazione dei pasti • Pulizia della casa • Effettuazione acquisti 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistente personale • Care giver • Altro soggetto 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestione del denaro • Trasferimenti • Disbrigo pratiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistente personale • Care giver • Altro soggetto 	
<ul style="list-style-type: none"> • Toeletta personale • Supervisione diurna • Supervisione notturna 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistente personale • Care giver • Altro soggetto 	
<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio • Informazione e supporto per l'accesso ai servizi • Contatti telefonici 	Assistente Sociale	
<p>Altro</p>		

OBIETTIVI

Per il singolo

- vivere in adeguate condizioni di cura personale e dell'abitazione
- potenziamento e/o mantenimento delle autonomie
- permanenza nel proprio domicilio



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

Per la famiglia

- sostegno al carico di cura
- supporto al caregiver nell' attività di assistenza
- supporto alla domiciliarità delle cure in favore dei propri cari

Altro _____

Firma per accettazione _____

OSSERVAZIONI

ASSISTENTE SOCIALE/CASE MANAGER

REFERENTE CURE DOMICILIARI DS



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La Sottoscritto/ (cognome)..... (nome).....nato/a

.....(prov.....) il..... residente a (.....) in via

..... n. consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R.

28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi.

Firma
