

(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 2022**

**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 <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>				definita : <input type="checkbox"/>		% di invalidità	
Patologia cronica/rara	<input type="checkbox"/>	Handicap	<input type="checkbox"/>	Handicap grave (art. 3 c. 3)	<input type="checkbox"/>	Non autosufficiente	<input type="checkbox"/>			
Parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/>										
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 da vincoli di parentela):Euro:	
Valore ISEE (euro)	nessun reddito <input type="checkbox"/>

Punti di Forza	Punti di Debolezza
Fattori ambientali <input type="checkbox"/>	Fattori ambientali <input type="checkbox"/>
Fattori familiari <input type="checkbox"/>	Fattori familiari <input type="checkbox"/>
Fattori personali <input type="checkbox"/>	Fattori personali <input type="checkbox"/>
Rete di relazione <input type="checkbox"/>	Rete di relazione <input type="checkbox"/>
Condizione economica <input type="checkbox"/>	Condizione economica <input type="checkbox"/>
Stato di salute <input type="checkbox"/>	Stato di salute <input type="checkbox"/>
Altro:	

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

<input type="checkbox"/> Autosufficienza parziale
<input type="checkbox"/> Non autosufficienza
<input type="checkbox"/> Problematiche connesse alle disabilità / handicap
<input type="checkbox"/> Problematiche connesse alla malattia psichiatrica
<input type="checkbox"/> Povertà estrema
<input type="checkbox"/> Problematiche connesse alle dipendenze
<input type="checkbox"/> 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

Dichiarazione beneficiario per erogazione contributo		
Il destinatario ha percepito/percepirà il contributo canone di locazione anno 2022	si	no

\_\_\_\_\_li \_\_\_\_\_

Firma  
dell'Operatore Responsabile del Progetto