

(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 2024.

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 **specificava 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"/>				<input type="checkbox"/> definita :	% 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 (include persone conviventi non legate 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 2023	si	no

_____li _____

Firma
dell'Operatore Responsabile del Progetto