

# SCHEDA INDIVIDUALE PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI

## Fondo nazionale Politiche Sociali ex L. 162/98 ANNO 2018

Progetto presentato all'Ufficio di Piano – ambito territoriale di Cinisello Balsamo

Spazio riservato all'UdP  
(n. di progetto)

--	--	--

---

### 1. Chi presenta il progetto

---

<b>Denominazione del soggetto giuridico proponente</b>	
--	--

Codice Fiscale		Partita IVA	
INDIRIZZO:			
Via			n.
C.A.P.	Località		Prov.
Tel.	Fax		mail

<b>Cognome e nome del responsabile del servizio del soggetto giuridico proponente</b>			
INDIRIZZO:			
Via			n.
C.A.P.	Località		Prov.
Tel.	Fax		mail

<b>Tipologia del soggetto proponente</b>	1 <input type="checkbox"/> Ente Locale 2 <input type="checkbox"/> Cooperativa Sociale 3   Associazione 4 <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<b>Il soggetto proponente è iscritto (se previsto) al seguente registro/albo:</b>	(specificare) .....  Dalla data .....

---

## 2. Referente tecnico del soggetto proponente:

---

Cognome e nome del referente del progetto:					
Qualifica:					
Indirizzo:					
Via				n.	
C.A.P.		Località			Prov.
Tel.			Fax		mail

Cognome e nome del referente Comunale:					
Qualifica					
Tel.			Fax		mail

---

### 3. Tipologia d'intervento del progetto

---

Priorità	Descrizione intervento
1	Interventi di sollievo alle famiglie di persone disabili, realizzati attraverso l'accoglienza della persona presso strutture residenziali o diurne (vedi CDD) esistenti, nonché presso strutture anche di tipo alberghiero in località climatiche e centri estivi
2	Interventi di "avvicinamento alla residenzialità" in prospettiva di distacco dal nucleo familiare da realizzare attraverso l'utilizzo di strutture residenziali e/o comunità
3	Attività di sostegno alla persona disabile ed alla sua famiglia mediante interventi di servizio di assistenza domiciliare specifici, in forma indiretta ( <b>solo in assenza di attivazione del buono sociale</b> ), realizzati sia presso la dimora familiare sia in alloggi protetti ovvero convivenze assistite
4	Percorsi di "accompagnamento" sia della persona disabile, sia della sua famiglia che promuovano forme di emancipazione della persona disabile dal contesto familiare; questo percorso può riguardare anche persone disabili che vivono già autonomamente e che hanno come obiettivo la propria e totale indipendenza.
5	Prestazioni assistenziali aggiuntive rese all'interno delle comunità alloggio finalizzate al miglioramento della qualità di vita

---

### 4. Durata e avvio del progetto

---

Data avvio progetto:	
Data conclusione progetto:	

(si ricorda che i progetti possono avere una durata massima di 12 mesi)

---

## 5. Scheda di sintesi di presentazione del progetto

---

### IDENTITÀ DEL BENEFICIARIO

Nome

Cognome

Indirizzo

Età del beneficiario:

- dai 14 ai 18
- dai 19 ai 50
- over 50

### PARTICOLARI CONDIZIONI DEL BENEFICIARIO:

- presenza di problemi comportamentali difficilmente controllabili/gestibili nel contesto familiare
- necessità di effettuare brevi periodi di distacco/sollievo dal nucleo familiare

DA QUANTI ANNI USUFRUISCE DEI FINANZIAMENTI INERENTI ALLA LEGGE 162/98:	(indicare il numero)
---	----------------------

### TIPOLOGIA DEI PROGETTI PRESENTATA IN PASSATO:

- Sollievo c/o strutture residenziali o diurne
- avvicinamento alla residenzialità
- percorsi di accompagnamento verso l'emancipazione della persona disabile dal contesto familiare

## RETE FAMILIARE DEL BENEFICIARIO

### a) COMPOSIZIONE FAMILIARE:

- Assenza di un genitore
- assenza di entrambi i genitori
- età madre ..... età padre .....
- presenza fratelli/ sorelle .....
- assenza di altre figure di supporto all'interno della rete parentale
- altro .....

### b) STATO DI SALUTE DEI GENITORI DEL BENEFICIARIO:

- presenza di un genitore invalido
- presenza di due genitori invalidi
- altre situazioni complesse presenti nel nucleo
- altro .....

### c) TIPOLOGIA SU CUI SI COSTRUIRA' IL PROGETTO

- Sollievo c/o strutture residenziali o diurne
- avvicinamento alla residenzialità
- percorsi di accompagnamento verso l'emancipazione della persona disabile dal contesto familiare

## **6. Svolgimento del progetto**

<b>Destinatario:</b>	
<b>Sede/località</b>	
<b>Obiettivi</b>	

**Descrizione delle attività e dei tempi del progetto** (indicare sinteticamente le attività che si intende realizzare, nonché le modalità di realizzazione):

--

## **7. In situazione di handicap grave, presenza documentazione:**

- Certificazione rilasciata dall'A.S.L. ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92;
- Certificazione di invalidità civile corredata da documentazione diagnostico-clinica o da documentazione redatta da èquipe multidisciplinare dell'A.S.L.

<b>Scadenza delle verifiche</b>	(specificare calendario verifiche e modalità)
---------------------------------	---

## 8. Costo totale del progetto

Personale coinvolto:

Figura Professionale	Ore complessive	Costo/ora	Costo totale
<b><u>Totale A</u></b>			

Costi relativi ai soggiorni/avvicinamento/sollievo (specificare struttura)	Giorni di frequenza	Costo giornaliero	Costo totale
<b><u>Totale B</u></b>			

Altri costi sostenuti (specificare)	Costo	Costo totale
<b><u>Totale C</u></b>		

<b>Costo totale progetto (A+B+C)</b>		
--------------------------------------	--	--

Quota partecipazione ai costi a carico dell'utente (10%)		
Altri finanziamenti (specificare)		
Quota finanziamento chiesto sulla L.162/98 (non può superare il 90% del costo totale ammissibile)		
<b><u>Totale ammissibile</u></b> che deve corrispondere al costo totale progetto (A+B+ C)		

<b><u>Totale costi non ammissibili ma sostenuti</u></b>		
---	--	--

▪ Il servizio sociale responsabile del Progetto/utente dichiara di avere agli atti la seguente documentazione:

- ❖ Programma Individualizzato (copia);

- ❖ Copia della Certificazione rilasciata dall'A.S.L. ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92,
- ❖ Certificazione di invalidità civile corredata da documentazione diagnostico-clinica o da documentazione redatta da èquipe multidisciplinare dell'A.S.L.

Firma Comune di .....

-----

Firma beneficiario

-----

Firma ente gestore/terzo settore

-----

Data,

-----