

PIANO OPERATIVO FNA 2022-2024
SCHEDA PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

PAI			
DATI ANAGRAFICI BENEFICIARI			
Cognome		Nome	
Nato/a		Nato/a a	
Residente a		Via/piazza	
Telefono		Mail	
FAMILIARE CAREGIVER			
Cognome		Nome	
Nato/a		Nato/a a	
Residente a		Via/piazza	
Grado parentela		Telefono	
Mail		Altro	
FAMILIARI CONVIVENTI			
Cognome		Nome	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		Nome	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		Nome	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		Nome	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		Nome	
Grado parentela		Telefono	
FAMILIARI RESIDENTI NELLO STESSO COMUNE (Compilare in assenza dei primi)			
Cognome		Nome	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		Nome	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		Nome	
Grado parentela		Telefono	
CONDIZIONE FAMILIARE			

.....

CONDIZIONE ABITATIVA

Abitazione	<input type="checkbox"/> di proprietà	<input type="checkbox"/> comodato/uso gratuito	
	<input type="checkbox"/> affitto	<input type="checkbox"/> IACP	<input type="checkbox"/> privato
Spazi	<input type="checkbox"/> adeguati	<input type="checkbox"/> appena sufficienti	<input type="checkbox"/> non adeguati
Zona	<input type="checkbox"/> servita	<input type="checkbox"/> poco servita	<input type="checkbox"/> isolata

CONDIZIONE SOCIO-AMBIENTALE

.....

CONDIZIONE CLINICA

.....

DISABILITA'	<input type="checkbox"/> richiesta	<input type="checkbox"/> in attesa di esito	<input type="checkbox"/> non richiesta
	Riconosciuta ai sensi:		
	<input type="checkbox"/> invalidità civile		
	<input type="checkbox"/> 104/92		
	<input type="checkbox"/> 508/80		
	<input type="checkbox"/> Altro		
	<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

CONDIZIONE ECONOMICA (del nucleo del richiedente)

ISEE		Eventuale compartecipazione costo servizi	%
Note			
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
CONDIZIONE LAVORATIVA del beneficiario			
in età lavorativa	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> minorenne	<input type="checkbox"/> pensionato
		<input type="checkbox"/> disabile	<input type="checkbox"/> Altro
lavora	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> inoccupato/a	<input type="checkbox"/> disoccupato/a
TITOLO DI STUDIO (del beneficiario)			
<input type="checkbox"/> Licenza elementare	<input type="checkbox"/> Licenza media		
<input type="checkbox"/> Diploma	<input type="checkbox"/> Laurea		
<input type="checkbox"/> Master	<input type="checkbox"/> Dottorati		
<input type="checkbox"/> in corso			
SERVIZI DI CUI L'UTENTE GIÀ USUFRUISCE			
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
BISOGNI RILEVATI			
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
SERVIZIO DA ATTIVARE			
OBIETTIVI			

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MODALITÀ DI REALIZZAZIONE (tipo operatore/trice; calendario accessi; data inizio; durata; tempistiche monitoraggio etc)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE E OSSERVAZIONI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data _____

Il Coordinatore dell'ATS	
L'Assistente Sociale dell'ATS	
Il/la richiedente	
Il/la familiare caregiver	