



SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE – ASLORISTANO

Area Residenze e Inclusione Sociale

Piazzale “San Martino” Oristano – Vecchio Ospedale

tel. 0783/317927

fax. 0783/70072

RESPONSABILE DOTT. Gianfranco Pitzalis

Progetto individuale per l'affido familiare di

Allegato1

Cognome Nome

Nato a il

Residente a Via N°

Se interdetto o inabilitato:

Tutore/curatore sig

Indirizzo

Recapito telefonico

BREVE STORIA CLINICA

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

DIAGNOSI ATTUALE

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

TERAPIA IN ATTO E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

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

SITUAZIONE ECONOMICA DELL'UTENTE

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

PROCEDIMENTI GIUDIZIARI IN CORSO (CIVILI O PENALI)

.....
.....

CARATTERISTICHE DEL SOGGETTO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI
EVENTI SIGNIFICATIVI DELLA STORIA PERSONALE, FAMILIARE E AL CONTESTO
SOCIO RELAZIONALE

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

ELEMENTI INDICATIVI DEI BISOGNI ED ESIGENZE ASSISTENZIALI

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

RISORSE DEL SOGGETTO CIRCA LA CAPACITA' DI INSTAURARE NUOVE
RELAZIONI ANCHE DI TIPO AFFETTIVO E DI ACCETTARE LE REGOLE DI
CONVIVENZA

.....



SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE – ASLORISTANO

Area Residenze e Inclusione Sociale

Piazzale “San Martino” Oristano – Vecchio Ospedale

tel. 0783/317927

fax. 0783/70072

RESPONSABILE DOTT. Gianfranco Pitzalis

Allegato1

GRADO DI COINVOLGIMENTO DEL SOGGETTO NEL PROGETTO, LE SUE
ASPETTATIVE E QUELLE DEI FAMILIARI

OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

L'EQUIPE PROPONENTE

PROPOSTA PER L’AFFIDO FAMILIARE DI**Allegato2****Cognome** **Nome****Nato a** **il****Residente a** **Via** **N°** (**cap**)**LA FAMIGLIA AFFIDATARIA SI IMPEGNA A:**

- provvedere alla cura, al mantenimento della persona inserita, alla sua socializzazione e a tenere rapporti con i familiari della persona affidata;
- provvedere a mantenere rapporti collaborativi con l’équipe dei servizi territoriali competenti;
- non indurre la persona inserita a compiere atti di ordinaria o straordinaria amministrazione relativi al suo patrimonio o a quello della sua famiglia senza l’assenso preventivo o parere dell’équipe territoriale o dell’autorità giudiziaria competente o del tutore;
- far partecipare alle attività della vita familiare e quotidiana considerandole come attività di recupero preliminarmente concordate nel progetto personalizzato;
- farsi carico delle spese di alimentazione, utenze, gestione alloggio, biancheria, attività di tempo libero effettuate con la famiglia in quanto comprese nel contributo erogato dall’Azienda Sanitaria.

(dati del capo-famiglia)**Cognome** **Nome****Residente a** **Via** **N°** (**cap**)**CONTRIBUTO MESILE:****€****Durata del contributo da** **a****VARIAZIONE DEL CONTRIBUTO:****il contributo assegnato varia da €** **a €**

...

per il periodo da **a**

...

☐ I sottoscritti responsabili si impegnano a comunicare al Servizio Bilancio ASL n° 5 Oristano le eventuali variazioni del contributo.☐ I sottoscritti responsabili si impegnano a monitorare costantemente l’andamento dell’affido familiare.



SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE – ASLORISTANO

Area Residenze e Inclusione Sociale

Piazzale "San Martino" Oristano – Vecchio Ospedale

tel. 0783/317927

fax. 0783/70072

RESPONSABILE DOTT. Gianfranco Pitzalis

Consenso della famiglia all'inserimento dell'utente

Allegato3

I sottoscritti _____

nato/a a _____ il _____

e _____

nato/a a _____ il _____

residenti a _____ via _____ n. _____

esprimono il proprio consenso all'inserimento presso il proprio nucleo familiare di:

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

secondo le modalità previste dal Regolamento,

Si impegnano, inoltre, a :

- ☐ provvedere alla cura, al mantenimento della persona inserita, alla sua socializzazione e a tenere rapporti con i familiari della persona affidata;
- ☐ provvedere a mantenere rapporti collaborativi con l'équipe dei servizi territoriali competenti;
- ☐ non indurre la persona inserita a compiere atti di ordinaria o straordinaria amministrazione relativi al proprio patrimonio o della propria famiglia senza l'assenso preventivo o parere dell'équipe dei servizi territoriali o dell'autorità Giudiziaria competente o del tutore;
- ☐ non inserire la persona affidata in eventuali attività lavorative della famiglia affidataria;
- ☐ farsi carico delle spese di alimentazione, utenze, gestione alloggio, biancheria, attività di tempo libero, effettuate con la famiglia, in quanto comprese nel contributo erogato dall'Azienda Sanitaria.

Ai sensi dell'art. 13 (Informativa) del D. Lgs. N. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ad integrazione dell'informativa di carattere generale adottata dall'Azienda USL 5 Oristano, si precisa che il conferimento dei dati di cui sopra è facoltativo, ma il mancato conferimento renderebbe impossibile l'attuazione dell'inserimento familiare.

I dati forniti possono essere conosciuti da responsabili e incaricati nell'ambito del percorso legato all'inserimento.

L'interessato dà, inoltre, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 81 (Prestazione del consenso) del D. Lgs. n. 196/03, il consenso al trattamento dei dati personali raccolti che saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma _____

Firma _____

Data _____



SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE – ASLORISTANO

Area Residenze e Inclusione Sociale

Piazzale “San Martino” Oristano – Vecchio Ospedale

tel. 0783/317927

fax. 0783/70072

RESPONSABILE DOTT. Gianfranco Pitzalis

Impegno famiglia affidataria Allegato4

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ n _____

esprime il proprio consenso all’inserimento presso il nucleo familiare di:

_____ e di _____

residenti a _____ via _____ n _____

secondo le modalità previste dal Regolamento, la famiglia affidataria, si impegna alla riscossione del contributo, a farne uso come previsto nel regolamento e nella delibera di approvazione, inoltre, a farsi carico delle spese di vestiario, medicine e visite mediche, esigenze personali (consumazioni bar, sigarette, barbiere, parrucchiere, ecc), attività di tempo libero individuali.

Ai sensi dell’art. 13 (Informativa) del D. Lgs. N. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ad integrazione dell’informativa di carattere generale adottata dall’Azienda USL 5 Oristano, si precisa che il conferimento dei dati di cui sopra è facoltativo, ma il mancato conferimento renderebbe impossibile l’attuazione dell’inserimento familiare.

I dati forniti possono essere conosciuti da responsabili e incaricati nell’ambito del percorso legato all’inserimento.

L’interessato dà, inoltre, ai sensi e agli effetti di cui all’art. 81 (Prestazione del consenso) del D. Lgs. n. 196/03, il consenso al trattamento dei dati personali raccolti che saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma _____

Il Tutore/Curatore _____

Data _____