Allegato B

SCHEDA ANAGRAFICA

Denominazione _____
Legale Rappresentante_____
Referente Progetto Home Care Premium_____
Sede di riferimento: città _____***indirizzo***_____
tel:_____ ***mail:***_____

Volontari	*N°* ____	
Dipendenti/Altro	*N°*____	
Target di riferimento	□ *Adulti* □ *Anziani* □ *Minori*	
Prestazioni di volontariato offerte per il progetto HCP 2012	**Prestazioni prevalenti** □ Supporto leggero nell'attività di cura della persona e dell'ambiente di vita in favore di soggetti con basso bisogno assistenziale. *Descrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____ □ Affiancamento al personale addetto all'assistenza nello svolgimento delle attività di cura della persona e dell'ambiente. *Descrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____ □ Attività di compagnia e accompagnamento all'esterno dell'abitazione per esigenze legate alla spesa, al disbrigo di pratiche, all'accesso ai vari servizi e partecipazione a momenti di socializzazione. *Descrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____ □ Acquisto di generi alimentari, acquisto di farmaci e disbrigo pratiche. *Descrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____ □ Supervisione e monitoraggio diurno e notturno diretto e telefonico *Descrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____ □ Preparazione dei pasti all'interno o all'esterno dell'abitazione del beneficiario. D*escrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____	

Allegato B

	Prestazioni integrative □ Accompagnamento e trasporto per specifici e particolari eventi (visite mediche, trattamenti sanitari, accesso centro diurno). *Descrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____ □ Attività di sollievo anche per sostituzioni temporanee dei care givers ordinari. *Descrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____ □ Consegna pasti a domicilio. *Descrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____ **Altre prestazioni** *Descrizione delle attività e modalità di erogazione* _____ _____ _____
Figure professionali da coinvolgere nel progetto	*qualifica* *n°* _____ ___ _____ ___ _____ ___ _____ ___
Beni strumentali e strutture disponibili (auto, cucine, centri di aggregazione etc...)	
Attività info/formative svolte dai volontari	
Modalità di individuazione dei singoli volontari da coinvolgere nel progetto	
Altre informazioni ritenute utili	

Data _____ ***IL DICHIARANTE***

_____