

PROGETTO PERSONALIZZATO

SPERIMENTAZIONE MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE

Il Progetto Personalizzato rappresenta un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona con disabilità e la sua inclusione. E' redatto con la sua diretta partecipazione o di chi lo rappresenta, previa valutazione della sua specifica situazione in termini di funzioni e strutture corporee, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, e tenendo in considerazione le sue aspirazioni e il contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

⇒ DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME	
NATO IL	
RESIDENTE IN	
VIA/PIAZZA	
CAP	
CF	
TEL	
STATO CIVILE	
CITTADINANZA	

⇒ SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE

Composizione del nucleo familiare d'origine:

Nominativo	Grado di parentela	Residenza

Informazioni sulla rete familiare:

Presenza attiva di rete di familiari competente ed adeguata

Presenza di rete di familiari parzialmente adeguata

Specificare i motivi

.....

Presenza di rete di familiari inadeguata

Specificare i motivi

.....

Mancanza di rete familiare

Specificare i motivi

.....

➤ **Requisiti:**

Possesso della disabilità ai sensi dell'art.3 comma 3 L.104/1992 (allegare certificazione);

➤ **Salute: interventi sanitari, sociosanitari e sociali Interventi attivi:**

ADH Comunale (ore settimanali n.....)

SERVIZI RESIDENZIALI

ADI

SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI (giorni)

SERVIZI DI SOLLIEVO

ASSISTENZA ECONOMICA

Altro

➤ **Istruzione/Formazione:**

.....

.....

➤ **Lavoro:**

.....

.....

➤ **Mobilità (patente, mezzo con cui avvengono gli spostamenti, utilizzo mezzi di trasporto)**

.....

.....

➤ **Casa (servita da servizi pubblici, tipo di godimento, ubicazione, presenza barriere architettoniche interne, presenza barriere architettoniche esterne):**

.....

.....

➤ **Socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità):**

.....

.....

➤ **Eventuali note aggiuntive:**

.....

.....

⇒ **SINTESI BISOGNI RILEVATI /ASPETTATIVE PERSONALI E DELLA FAMIGLIA**

.....

.....

.....

.....

.....

⇒ **AREE DI INTERVENTO SPERIMENTAZIONE VITA INDIPENDENTE¹:****1. ASSISTENTE PERSONALE.**

La figura è prevista per il sostegno nelle seguenti attività:

- Cura e igiene della persona;
- Riordino e gestione della casa;
- Preparazione dei pasti;
- Assistenza notturna;
- Fare la spesa o acquisti;
- Disbrigo pratiche burocratiche;
- Scrivere/Leggere/Comunicare;
- Utilizzo strumenti informatici;
- Assistenza per lo studio;
- Assistenza personale in ambito universitario;
- Accompagnamento e/o aiuto sul posto di lavoro;
- Accompagnamento fuori casa;
- Accompagnamento a visite mediche/esami clinici/trattamenti di riabilitazione/fisioterapia;
- Accompagnamento in vacanza;
- Utilizzo mezzi pubblici;
- Attività culturali/sportive/tempo libero;
- Viaggi;
- Aiuto nella gestione dei figli minori;
- Altro _____

2. ABITARE IN AUTONOMIA.

Azioni di sostegno all'abitare in autonomia a supporto delle seguenti voci:

- Spese di locazione;
- Spese per adeguamenti strutturali;
- Spese per bollette.
- Altro _____

3. TRASPORTO SOCIALE.

- Rimborso per le spese di trasporto sostenute utilizzando trasporti privati in convenzione.
- Altro _____

4. INCLUSIONE LAVORATIVA.

- Piani riabilitativi formativi, attività di avviamento al lavoro
- Altro _____

¹ Gli interventi si intendono aggiuntivi e non sostitutivi dei servizi già esistenti.

⇒ **OBIETTIVI E PRIORITÀ DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO²**

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

Acquisizione/implementazione delle abilità e competenze individuali:

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

Interventi da attivare e tempistiche

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

Soggetto/i realizzatore rispetto a ciascun intervento

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

⇒ **IMPEGNI ECONOMICI DEL PROGETTO**

Indicare le risorse complessivamente impegnate a favore del beneficiario indicando le fonti di finanziamento e specificare le risorse necessarie per la realizzazione del progetto sperimentale di Vita Indipendente (*es. economiche, servizi e interventi della rete d'offerta, della comunità, della famiglia d'origine, ecc*):

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

⇒ **MOMENTI DI VERIFICA**

.....
.....

² Descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o evoluzione che si intendono raggiungere con l'attuazione del progetto.

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

⇒ **INDIVIDUAZIONE CASE MANAGER PROGETTO – ESTREMI IDENTIFICATIVI E DI CONTATTO³**

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

Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data

FIRMATARI.

Il Beneficiario

oppure il familiare/o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica

L'Assistente Sociale/Case Manager progetto

Il sottoscritto dichiara:

- di essere a conoscenza che l'ADS si riserva di verificare, nei modi consentiti dalla legge ed avvalendosi dell'Assistente sociale di riferimento e/o anche di Autorità esterne, la veridicità delle dichiarazioni presentate e il rispetto degli impegni all'assistenza;
- di essere consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata comunicazione delle predette variazioni comportano, in ogni caso, l'applicazione delle sanzioni di legge, di cui all'art.76 del DPR 445/2000 e ss. mm., nonché il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite;

Il sottoscritto, inoltre, autorizza, ai sensi del D.Lgs.196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento che saranno trattati anche con strumenti informatici.

Luogo e data

Il Beneficiario

oppure il familiare/o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica

.....

³ Il Case Manager è il professionista che, quale figura di riferimento, cura la realizzazione e il monitoraggio, nonché la verifica periodica e l'eventuale revisione del progetto.