



COMUNI DI

ALL. D

(da compilare a cura dell'Assistente sociale territorialmente competente a seguito dell'eventuale inserimento in graduatoria dell'utente)

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO E BUDGET DI SALUTE

Art. 9 della L.R. 11 del 2016

Il Progetto individuale è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale della persona con disabilità grave realizzata in raccordo tra l'équipe pluriprofessionale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale UVMD e gli operatori degli Ambiti territoriali/Comuni.

Il progetto individualizzato di prevede:

1. **Obiettivo:** Intervento finalizzato allo sviluppo delle autonomie personali, tenendo conto dei base dei bisogni dell'utente, al fine di promuoverne l'autonomia e l'inclusione sociale attiva; favorire, inoltre, partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento socio-educativo.

➤ **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**

➤ **Composizione del nucleo familiare d'origine:**

Nominativo	Grado di parentela	Residenza

➤ **Diagnosi:**

➤ **Interventi sanitari, sociosanitari e sociali attivi**

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> ADI Comunale (ore settimanali n°.....) | <input type="radio"/> L. 20 21/22 (ore settimanali n°.....) |
| <input type="radio"/> Assistente Familiare/Badante Privato | <input type="radio"/> CENTRO DIURNO |
| <input type="radio"/> Disabilità GRAVISSIMA: | |
| <input type="checkbox"/> Assegno di cura (ore settimanali n° | |
| <input type="checkbox"/> Contributo di Cura | |
| <input type="radio"/> Altri contributi consortili: | |



COMUNI DI

➤ **Quali figure professionali seguono l'utente?**

➤ **Autonomie personali**

➤ **Aspettative Personali e della famiglia**

➤ **Sintesi bisogni rilevati**

➤ **Obiettivi Del Progetto Individualizzato**

➤ **Interventi da attivare e tempistiche:**

L'intervento avrà la durata di 12 mesi dal momento della sottoscrizione del contratto, sia esso in forma privata che attraverso Enti di Terzo Settore.

➤ **Figura professionale assegnata per l'intervento:**

- Educatore professionale socio-pedagogico
- Educatore professionale socio- sanitario



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

➤ **Eventuali note aggiuntive:**

➤ **Budget Di Salute**

Risorse economiche a disposizione dell'utente	Importo mensile	Importo annuale
Pensione d'invalidità		
Indennità di accompagnamento/ Indennità di frequenza		
Risorse economiche previste per l'intervento	€ 500,00	€ 6.000,00
TOTALE		

Data attivazione interventi ___/___/_____

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

Luogo e data _____

Firma Persona disabile _____

oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno/familiare _____

Firma Assistente Sociale - Case Manager _____