

Contributi per il servizio di assistenza alla vita indipendente ai sensi della legge regionale n°23/10 art.22 (allegato D della DGR n° 1524/23)

Cognome e nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data e luogo di nascita: _____

Residente in (via, n. civico, comune): _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

1) Breve descrizione della situazione familiare, sociale e sanitaria del/la beneficiario/a:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears slightly aged or off-white. There is no handwriting or other markings on the page.

2) Bisogni rilevati:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears slightly aged or off-white. There is no handwriting or other markings on the page.

3) Progetto:

Obiettivo	Dominio ICF (classificazione internazionale funzionamento e disabilità)	Intervento a cura dell'assistente alla vita indipendente
Es. Favorire l'autonomia, l'autodeterminazione e la partecipazione sociale in ambito: ☐ Vita quotidiana e domestica ☐ Formazione/ lavoro o apprendimento di competenze ☐ Socializzazione ☐ Altro (da specificare) _____ _____ _____	D1. Apprendimento e applicazione della conoscenza	
	D2. Compiti e richieste generali	
	D3. Comunicazione	
	D4. Mobilità	
	D5. Cura della propria persona	
	D.6 Vita domestica	
	D.7 Interazioni e relazioni interpersonali	
	D.8 Aree di vita principali	
	D9. Vita sociale, civile e di comunità	

ULTERIORI INDICAZIONI:

4) Validità del progetto:

- ☐ Temporaneo (periodo non superiore ai due anni): _____
- ☐ Durata legata al progetto di vita UVMDi

5) Rapporto di lavoro con l'assistente alla vita indipendente:

- ☐ Iscrizione all'Elenco Unico Regionale degli assistenti personali
- ☐ Monte ore settimanale: _____

6) Servizi integrativi:

TIPOLOGIA DEI SERVIZI	N° ORE SETTIMANALI
☐ Servizio assistenza domiciliare	
☐ Assistenza infermieristica	
☐ Assistenza domiciliare integrata	
☐ Cento diurno	
☐ Servizio di accompagnamento, integrazione trasporto e assistenza	
☐ Altro (da specificare)	

Ai fini della validazione del presente progetto da parte dell'UVMDi si allega alla presente:

- ☐ Informazioni sociali UVMDi

Data,

Firma Assistente Sociale e eventuali altri operatori coinvolti

Condivisione del progetto da parte del
beneficiario, delegato o legale rappresentante
