

**PROGETTO ASSISTENZIALE PER L'ALTERNATIVA
ALL'ISTITUZIONALIZZAZIONE**
ai sensi dell'art. 18) della L.R. 23/2010
a cura dell'assistente sociale competente per territorio

Il progetto assistenziale si attua in favore della/del Sig.ra/Sig.

(cognome e nome)

(data di nascita)..... (luogo di nascita)

(residente in via, n. civico e comune)

(domiciliato in via, n. civico e comune)

e

della/del Sig.ra/Sig.

(cognome e nome)

(data di nascita)..... (luogo di nascita)

(residente in via, n. civico e comune)

(domiciliato in via, n. civico e comune)

Descrivere la situazione familiare, sociale e sanitaria della/del/dei beneficiaria/o/i

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

I bisogni rilevati

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RAPPORTO DI LAVORO CON L'ASSISTENTE PERSONALE

1) Lavoratore Sig.a/Sig (cognome e nome)
(luogo e data di nascita)Nazionalità)

iscrizione all'elenco unico regionale delle assistenti personali

Convivente (minimo 30 ore settimanali) NON Convivente (minimo 30 ore settimanali) : precisare orario di attività assistenziale

RAPPORTO DI LAVORO CON L'ASSISTENTE PERSONALE

2) Lavoratore Sig.a/Sig (cognome e nome)
(luogo e data di nascita)Nazionalità)

iscrizione all'elenco unico regionale delle assistenti personali

Convivente (minimo 30 ore settimanali) NON Convivente (minimo 30 ore settimanali) : precisare orario di attività assistenziale

Precisare come e da chi viene garantita l'assistenza nelle restanti ore della giornata e nelle giornate di assenza dell'assistente personale:

.....
.....

IL PROGETTO DEVE ESSERE RIVALUTATO DALL'UVMD OGNI DUE ANNI

IL PROGETTO DEVE ESSERE MONITORATO DALL'ASSISTENTE SOCIALE OGNI ANNO DALLA DATA DELL'ULTIMA APPROVAZIONE DELL'U.V.M.D.

Data _____ Firma degli operatori dell'équipe

Firma, per condivisione, del beneficiario del progetto (o del firmatario della domanda)

.....

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale del Distretto n. _____ esaminata la documentazione presentata, in data _____

AVALLA il progetto assistenziale, alternativo all'istituzionalizzazione, elaborato a copertura delle 24 ore giornaliere.

> il parere sul progetto ha validità sino al __/__/20__ (*per progetti a tempo indeterminato ha validità biennale*)

> il parere ha validità sino al __/__/20__ (*per progetti a tempo determinato*)

NON AVALLA il progetto assistenziale, alternativo all'istituzionalizzazione, elaborato a copertura delle 24 ore giornaliere per le seguenti motivazioni:

QUALIFICA	NOME E COGNOME	FIRMA
Medico Coordinatore dell'U.V.M.D.		
Coordinatore infermieristico		
Coordinatore Servizi per anziani (Assistente sociale)		
In sostituzione del		
<input type="checkbox"/> Medico Coordinatore UVMD		
<input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico		
<input type="checkbox"/> Coordinatore Servizi per anziani		