



**INTERVENTI SOCIALI
PER PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE
(DGR 446/2015)**

PIANO INDIVIDUALIZZATO DI ASSISTENZA(PIA)

DISTRETTO SOCIOSANITARIO N. _____

COGNOME

NOME

Il Sig. /a (di seguito indicato
RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in:

Via.....

Città CAP..... Provincia

tel..... e-mail.....

➤ Data presentazione della domanda al Distretto n. ____:

Dati sociodemografici

Con chi vive (È possibile selezionare più voci)

- Vive solo
- Vive con parenti
- Vive con amici
- Vive con assistente/i familiare/i
- Vive con il coniuge/convivente
- Vive con il coniuge/convivente e i figli
- Vive con entrambi i genitori naturali/adottivi/affidatari
- Vive con un solo genitore
- Vive con il/i figlio/i
- Vive con altro/i nucleo/i famigliari

Frequenta un presidio sostitutivo alle cure familiari (es. Alloggi protetti)

- SI NO
- In caso di risposta affermativa specificare

Lavora o è attivo in percorsi in inclusione sociale (DGR 1249/2013)

- SI NO
- In caso di risposta affermativa specificare

Frequenta corsi di studio(inclusa formazione professionale)

- SI NO
- In caso di risposta affermativa specificare

Percepisce altri contributi/servizi pubblici?

- SI NO
- Se sì specificare
quali _____

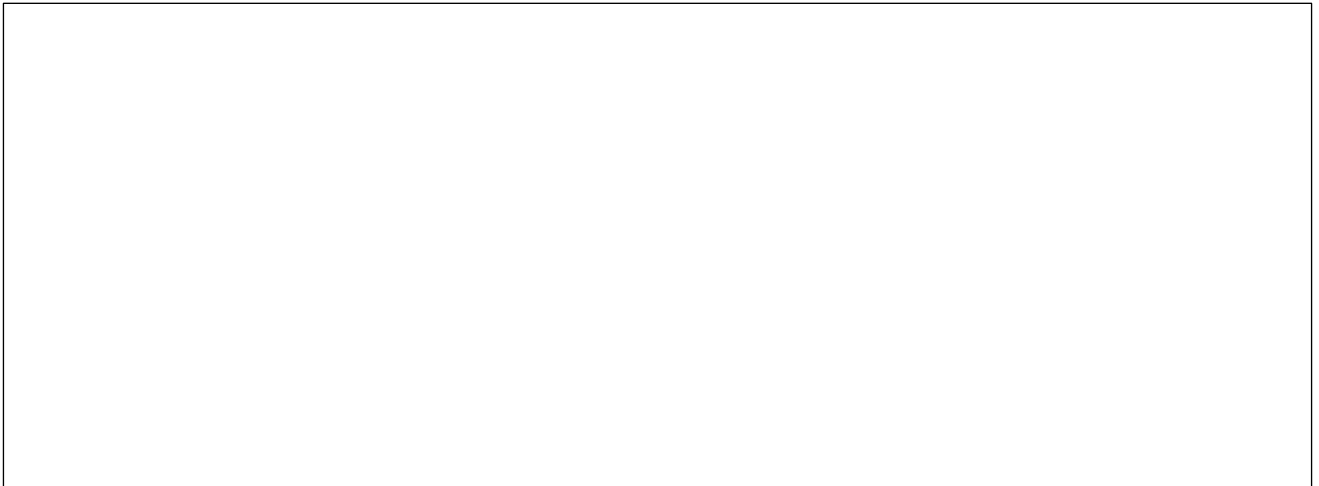
Ausili/protesica e tecnologie per l'assistenza in uso

Titolare patente di guida

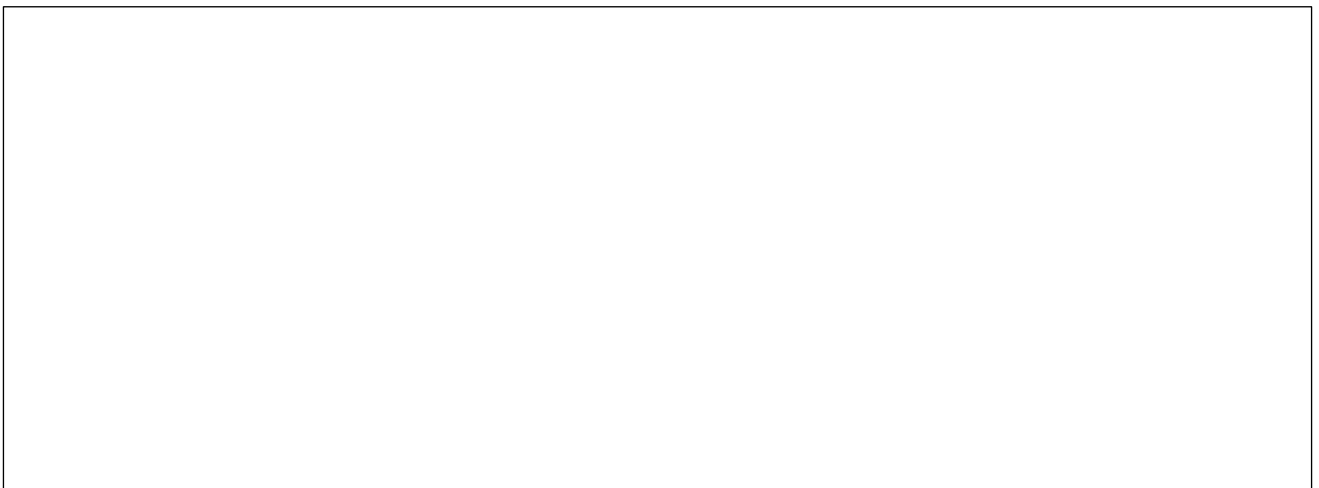
- SI NO
- Se sì specificare la tipologia _____

Profilo funzionale del Paziente

Mobilità personale e trasporto(vietato il trasporto a centri diurni). Nel caso l'intervento prevedesse la necessità di coprire le spese per il trasporto finalizzato a percorsi lavorativi/ inclusione e attivazione sociale, formazione (inclusa formazione professionale) l'erogazione monetaria dovrà essere riconosciuta solo se il mancato trasporto è discriminante per l'accesso ai percorsi suddetti. Nel caso in cui il servizio fosse già coperto dagli enti territoriali il beneficio potrà solo integrare e non sostituirsi, lasciando libera scelta della persona che potrà avvalersi di servizi pubblici e privati presenti sul territorio.



Copertura assistenziale già presente



Per livello di copertura assistenziale si intende l'insieme di trasferimenti monetari/ attività/ prestazioni/ servizi messi a disposizione della persona (ivi inclusa l'assistenza diretta da parte dei familiari) già in atto al momento della valutazione.

Esigenze di integrazione del livello esistente di copertura assistenziale

Intervento proposto

L'intervento adatto può comporsi di prestazioni, servizi, trasferimenti monetari e deve supportare gli aspetti familiari, sociali, ambientali che costituiscono la rete assistenziale del paziente.

L'intervento proposto deve sostenere e favorire la realizzazione del progetto di vita volto al funzionamento sociale ed alla cui costruzione partecipa la persona stessa.

Data di **Revisione del Progetto individualizzato:**
(2 mesi dalla sottoscrizione dello stesso)

.....

Note di revisione del Progetto individualizzato

Letto, confermato e sottoscritto

Il beneficiario o il Legale Rappresentante

Il Direttore Sociale

Il Direttore del Distretto sanitario/ o altro dirigente dell'ASL competente in
materia _____