

Regione Marche
Servizio Politiche Sociali e Sport
Via Gentile da Fabriano, 3
60125 Ancona

PIANO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE

(ai sensi della DGR n. 1360/2017)

Cognome e Nome: _____

Nato/a _____ **Prov.** _____ **il** _____

Residente a _____ **Via** _____ **n.** _____ **CAP** _____

Situazione professionale: occupato non occupato

Studente: si no

In possesso di: licenza elementare licenza media

diploma scuola superiore laurea

Beneficiario del contributo regionale di Vita Indipendente anno 2017: si no

In caso affermativo:

Ore di assistenza settimanali del contratto del progetto regionale _____

L'assistente del progetto regionale è un familiare si no

se si convivente non convivente

Beneficiario del progetto ministeriale di Vita Indipendente annualità 2016: si no

In caso affermativo:

Ore di assistenza settimanali del contratto del progetto ministeriale¹ _____

L'assistente del progetto ministeriale è un familiare si no

se si convivente non convivente

Beneficiario del progetto ministeriale di Vita Indipendente altre annualità: si no

¹ Specificare se si tratta di un contratto di lavoro unico che comprende i due progetti regionale e ministeriale

1. Descrizione della condizione di disabilità e del livello di autonomia personale anche in relazione al contesto familiare e ambientale:

2. Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente e che denotano la sua capacità di autodeterminazione e chiara volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte, nella consapevolezza da parte del disabile che ciò implica anche l'assunzione del ruolo di datore di lavoro del proprio assistente personale:

3. Descrizione degli obiettivi da raggiungere attraverso il Piano personalizzato di Vita Indipendente ovvero il miglioramento della vita rispetto ai seguenti otto domini: 1) Benessere Fisico; 2) Benessere Materiale; 3) Benessere Emozionale; 4) Autodeterminazione; 5) Sviluppo Personale; 6) Relazioni Interpersonali; 7) Inclusione Sociale; 8) Diritti ed Empowerment:

4. Descrizione delle azioni propedeutiche per garantire l'autonomia e l'inclusione sociale della persona con disabilità, quali ad esempio la cura della persona, l'aiuto domestico, la mobilità in casa, al lavoro e nel tempo libero che costituiscono il Piano personalizzato di Vita Indipendente ovvero le azioni di aiuto necessarie svolte con il supporto dell'assistente personale:

5. Descrizione dei compiti da assegnare all'assistente personale:

6. Quantificazione delle ore settimanali di assistenza personale: _____

7. Budget di spesa annuale necessario per l'Assistente personale ovvero costo complessivo del Piano Personalizzato di Vita Indipendente: € _____

8. Eventuali altri servizi/interventi di cui usufruisce l'utente:

Il suddetto Piano Personalizzato di Vita Indipendente è stato redatto dal **richiedente**

Sig./ra _____

(Cognome e Nome)

- con il supporto del Tutore / Amministratore di Sostegno
(cognome e nome _____);

d'intesa con:

- Unità Multidisciplinare dell'Età Adulta (UMEA) di _____
(cognome e nome del responsabile _____);
- Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di _____
(cognome e nome del responsabile _____);
- Assistente sociale del Comune di _____
(cognome e nome _____);
- Assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale _____
(cognome e nome _____);

Luogo e Data, _____

FIRMA RICHIEDENTE _____

FIRMA TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO _____

FIRMA RESPONSABILE UMEA _____

FIRMA RESPONSABILE DSM _____

FIRMA ASSISTENTE SOCIALE ENTE LOCALE DI RESIDENZA _____

FIRMA ASSISTENTE SOCIALE ATS _____

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEI CRITERI DI VALUTAZIONE

(da compilare ai fini dell'attribuzione del punteggio)

INTENSITA' DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

- livello molto alto**, con riferimento a persone pluriminorate o non autosufficienti con necessità di assistenza e sorveglianza per 24 ore giornaliere e dipendenza costante e continuativa per 24 ore giornaliere da ausili che permettono la sopravvivenza o la comunicazione
- livello alto**, con riferimento a persone pluriminorate o non autosufficienti con necessità di assistenza o sorveglianza per 24 ore al giorno
- livello medio**, con riferimento a persone pluriminorate o non autosufficienti senza necessità di assistenza notturna e sorveglianza costante per 24 ore al giorno, ma comunque giornaliera
- livello basso**, con riferimento a persone pluriminorate o non autosufficienti senza necessità di sorveglianza e assistenza costante per 24 ore giornaliere

CONDIZIONE FAMILIARE E AMBIENTALE

Composizione del nucleo familiare

- Il disabile vive da solo
- Presenza di familiari che convivono
- Presenza di familiari che convivono anziani o con disabilità

Funzioni di genitorialità

- Presenza di figli minorenni (il disabile svolge funzioni di genitorialità)

TIPOLOGIA DEGLI OBIETTIVI: si intendono le azioni che il disabile, con il supporto dell'assistente personale, vuole prioritariamente svolgere per raggiungere l'obiettivo di vita indipendente:

- percorsi di studio e/o lavorativi
- attività di rilevanza sociale e/o ricreative
- azioni comuni di vita quotidiana perlopiù all'interno delle pareti domestiche

ASSISTENTE PERSONALE

- Il disabile si impegna ad assumere un assistente personale che non sia marito/moglie, figli, genitori, fratelli/sorelle o comunque persone conviventi

PERCORSI DI VITA INDIPENDENTE ossia il pregresso coinvolgimento nelle progettualità regionale e/o ministeriale:

- Il disabile ha già avviato un percorso di Vita Indipendente nell'ambito della progettualità regionale
- Il disabile ha già avviato un percorso di Vita Indipendente nell'ambito della progettualità regionale e ha partecipato alla sperimentazione ministeriale per la Vita Indipendente
- Il disabile ha partecipato alla sperimentazione ministeriale per la Vita Indipendente