

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

**VERIFICA FINALE  
PIANO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE**

Cognome e Nome beneficiario: \_\_\_\_\_

Data di avvio del progetto: \_\_\_\_\_

Ore settimanali indicate nel Piano Personalizzato: \_\_\_\_\_

Ore settimanali effettivamente attivate e previste nel contratto sulla base del contributo concesso: \_\_\_\_\_

Cognome e Nome assistente personale: \_\_\_\_\_

Tipo di contratto sottoscritto: \_\_\_\_\_

Quota di finanziamento annuale a carico della Regione: € \_\_\_\_\_

Quota cofinanziamento annuale a carico dell'Ente locale (se previsto): € \_\_\_\_\_

Sintesi degli obiettivi raggiunti:

---

---

---

---

---

Criticità emerse (dal punto di vista del beneficiario):

---

---

---

---

---

Criticità emerse (dal punto di vista dell'UMEA/DSM e degli assistenti sociali):

---

---

---

---

---

Grado di soddisfazione da parte del beneficiario (da 1 a 10) \_\_\_\_\_

Motivi di soddisfazione (da parte del beneficiario)

---

---

---

---

---

---

Motivi di insoddisfazione (da parte del beneficiario)

---

---

---

---

---

---

Altre osservazioni (da parte dell'UMEA/DSM e degli assistenti sociali)

---

---

---

---

---

---

Data e luogo, \_\_\_\_\_

FIRMA RESPONSABILE UMEA

---

FIRMA RESPONSABILE DSM

---

FIRMA ASSISTENTE SOCIALE ENTE LOCALE DI RESIDENZA

---

FIRMA ASSISTENTE SOCIALE ATS

---