

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
