



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

ALLEGATO E

(da compilare a cura dell'UVMD a seguito dell'eventuale inserimento in graduatoria dell'utente)

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO E BUDGET DI SALUTE

Art. 9 della L.R. 11 del 2016

Il Progetto individuale è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale della persona con disabilità grave realizzata in raccordo tra l'équipe pluriprofessionale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale UVMD e gli operatori degli Ambiti territoriali/Comuni.

Il progetto individualizzato prevede:

1. **Obiettivo:** Assistenza domiciliare nelle 24 ore, erogata da professionisti/enti o dal caregiver, al fine di favorire la permanenza a domicilio dell'utente; attività di socializzazione e integrazione al fine di favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento.

➤ **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**

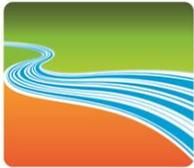
➤ **Composizione del nucleo familiare d'origine:**

Nominativo	Grado di parentela	Residenza

➤ **Diagnosi:**

➤ **Interventi sanitari, sociosanitari e sociali attivi**

- ADI Comunale (ore settimanali n°.....) 30 anno 21/22 (ore settimanali n°.....)
- Assistente Familiare/Badante Privato CONTRO DIURNO
- Altri contributi consortili:



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
VALLE del
TEVERE

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

➤ **Quali figure professionali seguono l'utente?**

➤ **Autonomie personali**

➤ **Aspettative Personali e della famiglia**

➤ **Sintesi bisogni rilevati**

➤ **Obiettivi Del Progetto Individualizzato**



COMUNI DI

➤ **Interventi da attivare e tempistiche:**

L'intervento avrà la durata di 12 mesi:

- dalla sottoscrizione del contratto (in caso di assegno di cura);
- dall'attivazione del contributo (in caso di contributo di cura).

➤ **Figura professionale assegnata per l'intervento (in caso di assegno di cura):**

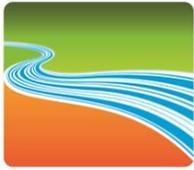
- Operatore socioassistenziale

➤ **Eventuali note aggiuntive:**

➤ **Budget Di Salute**

Risorse economiche a disposizione dell'utente	Importo mensile	Importo annuale
Pensione d'invalidità		
Indennità di accompagnamento/ Indennità di frequenza		
Risorse economiche previste per l'intervento		
TOTALE		

Data attivazione interventi ___/___/_____



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data _____

Firma Persona disabile (firma leggibile e per esteso)

oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno/familiare (firma leggibile e per esteso)

Firma Assistente Sociale - Case Manager (firma leggibile e per esteso)

Firma del referente dell'UVMD (firma leggibile e per esteso)
