



**PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA A FAVORE DI ADULTI E ANZIANI NON  
AUTOSUFFICIENTI**

**(DGR n. 5791 del 21 dicembre 2021)**

**Dati anagrafici del beneficiario**

Cognome e nome .....

Codice Fiscale .....nato a ..... Il .....

Residente a ..... Via .....

Domiciliato a (se diverso dalla residenza).....

Via .....

Familiare/ care giver di riferimento... ..... Tel  
.....

L'erogazione del buono/voucher è subordinata alla sottoscrizione di questo progetto personalizzato individualizzato concordato dalla famiglia con l'assistente sociale referente del caso.

L'assistente sociale nell'arco del periodo di erogazione del buono/voucher effettuerà verifiche (tramite colloqui, visite domiciliari ecc..) relative al corretto svolgimento del progetto.

Pertanto il buono non verrà erogato se la famiglia non condivide la sottoscrizione del progetto o se viene verificato da parte dell'assistente sociale la mancata realizzazione dello stesso.

**PUNTEGGIO SCHEDA ADL:** \_\_\_\_\_

**PUNTEGGIO SCHEDA IADL:** \_\_\_\_\_

**PUNTEGGIO VALUTAZIONE SOCIALE** \_\_\_\_\_

**Tipologia buono richiesto**

buono sociale mensile, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare (autosoddisfacimento) per n° \_\_\_\_\_ mesi;

buono sociale per sostenere le prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto per n° \_\_\_\_\_ mesi;

buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità grave, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e con regolare contratto per n° \_\_\_\_\_ mesi;

**Descrizione sintetica della situazione**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Obiettivi del progetto individuale**

---

---

---

---

---

**Servizi/risorse attivi/e**

---

---

---

---

---

**Eventuali servizi/risorse da attivare**

---

---

---

---

---

**Luogo e data**

---

**L'utente/il caregiver familiare**

---

**L'Assistente Sociale Comunale:**

---

**VERIFICHE DA EFFETTUARE NEL PERIODO DI EROGAZIONE DEL BUONO SOCIALE:**

Attività svolta (colloquio, visita domiciliare, équipe, ecc) \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

Soggetti coinvolti \_\_\_\_\_

Elementi condivisi:

---

---

---

---

---

---

---

---

Attività svolta (colloquio, visita domiciliare, équipe, ecc) \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

Soggetti coinvolti \_\_\_\_\_

Elementi condivisi:

---

---

---

---

---

---

---

---