

PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALE – DOPO DI NOI

D.G.R. n. 6674-2017 e n .3404/2020 PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE DOPO DI NOI- Legge 112/2016	ENTE EROGATORE (dati)	ANNULITA' _____
---	----------------------------------	------------------------

1.DATI ANAGRAFICI UTENTE

COGNOME _____

NOME _____

CODICE FISCALE _____

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____

NAZIONALITA' _____

2.VOUCHER EROGATO (segnare il contributo erogato)

INTERVENTI GESTIONALI
ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA: ☐ Appartamenti palestra o simili ☐ Soggiorni extrafamiliari + ☐ Sostegno ai familiari/contesto SUPPORTO ALLA RESIDENZIALITÀ: ☐ Voucher gruppo appartamento o Comunità alloggio temporanea con Ente gestore ☐ Contributo per residenzialità autogestita ☐ Buono mensile per chi già vive in Housing o Cohousing RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO ☐ Contributo giornaliero per max. 60 giorni
INTERVENTI INFRASTRUTTURALI
☐ Adeguamenti per la fruibilità dell'ambiente domestico/riadattamento degli alloggi/messa a norma impianti ☐ Sostegno del canone di locazione/spese condominiali

3.PROCESSO DI INTERVENTO

In coerenza con gli obiettivi, le aree di intervento e le prestazioni/servizi identificati nel PI, indicare le tipologie di intervento, il numero di accessi previsti, i mesi di progetto e declinare le relative figure professionali nella colonna “Risorse umane”

Aree di intervento	Prestazioni/servizi (Come indicato nel PI)	Tipologia di intervento	Numero accessi previsti al mese	Mesi di intervento (Secondo la tempORIZZATORE indicata nel PI)	Risorse Umane coinvolte
Salute	Es. Completa autonomia nell'igiene personale in ogni contesto di vita				
	Altro				
Istruzione e formazione					
Lavoro					
Mobilità					
Casa					
Socialità					
Altro (specificare come da PI)					
Sostegno ai familiari					

4.RISORSE PREVISTE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

Risorse ipotizzate per ogni tipologia di intervento afferenti alle diverse prestazioni/servizi, da realizzarsi nell'arco di 12 mesi (indicare anche, ove previste, risorse aggiuntive al presente Contributo)

Tipologia di intervento	Costo intervento orario	Costo intervento ad accesso (specificare durata accesso, es. cohousing da lunedì al venerdì, giornata CSE, etc.)	Risorse impiegate (Voucher DdN, personali)
<i>es. pomeriggio in appartamento palestra</i>			

5.COSTO TOTALE DI PROGETTO (compreso il Voucher del DdN ed altri finanziamenti utilizzati per la realizzazione del progetto):

6. LUOGO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Indicare il nome e l'indirizzo (o più di uno nel caso sia previsto) dove verranno realizzati gli interventi offerti per lo sviluppo dell'autonomia delle persone disabili in funzione degli obiettivi e degli interventi socio-educativi o socio-animativi identificati nel Progetto Individuale.

7.MONITORAGGIO/ESITI

Fornire un calendario indicativo dei momenti di verifica (come indicato sul PI) degli interventi che verranno organizzati con il responsabile del caso.

Periodo	Oggetto

L'intervento multidimensionale per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili è realizzato con risorse a valere sul Programma Operativo per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare- Dopo di Noi- Legge 112/201.

Data: _____

Firma del Responsabile Ente erogatore

Firma del Case Manager

Firma della persona o del familiare
