



PROGETTO PERSONALIZZATO

“DOPO DI NOI” – DGR 275/2023

Il Progetto personalizzato rappresenta lo strumento cardine per avviare il percorso di emancipazione della persona adulta con disabilità dalla famiglia di origine. In questi termini il Progetto Individuale assume la valenza di Progetto di Vita nella misura in cui riesce a determinare un cambiamento della prospettiva esistenziale della persona, attraverso la sua emancipazione.

Il progetto personalizzato si articola in due parti:

1. Analisi di contesto;
2. Progetto personalizzato e budget;
3. Misure e Sostegni.

1. ANALISI DI CONTESTO

Vive con: madre padre genitori fratelli/sorelle badante solo

altro (specificare) _____

Indicare la rete familiare/convivente con il/la beneficiario/a:

Cognome e Nome	Data di nascita	Relazione	Convivente SI/NO (indicare SI/NO)	Recapito telefonico

Presenza amministratore di sostegno/tutore **SI** **NO**

Nominativo e riferimenti amministratore di sostegno/tutore: _____



La persona destinataria dell'intervento si trova in una delle seguenti condizioni:

- mancante di entrambi i genitori;
- i/il genitori/e, per ragioni connesse all'età o alla propria situazione di disabilità, non sono/è più nella condizione di continuare a garantire al/alli figlio/a nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario.

Relativamente all'area delle autonomie:

- Indicare per le attività quotidiane finalizzate alla cura del sè il valore rilevato con la scala ADL _____ compilata in data _____ (da Allegare);
- Indicare per le attività strumentali, che consentono a una persona di vivere in maniera autonoma nel proprio contesto di vita, il valore rilevato con la scala IADL _____ (da Allegare);
- Indicare il valore eventuale rilevato con la somministrazione della scala SIDI _____ (da Allegare).

Relativamente all'area degli interventi e/o servizi sociosanitari e/o sociali il beneficiario dichiara di usufruire di:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| - Indennità di accompagnamento | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | in corso di accertamento <input type="checkbox"/> |
| - Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare/assistente personale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| - Misura B1 FNA: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| - Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD/SADH) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| - Frequenta servizi diurni (SFA, CSE, CDD) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| - Buono per accompagnamento alla vita indipendente | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| - Sostegni inerenti le misure attive "Dopo di noi" specificare _____
Termine previsto progetto in corso misura "Dopo di noi": _____ | | | |
| - Altri eventuali benefici o interventi (specificare) _____ | | | |

Relativamente alla situazione economica il/la beneficiario/a risulta:

- privo di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- con risorse economiche reddituali e patrimoniali proprie, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità.

Valore ISEE socio-sanitario: _____ (da allegare)



Breve descrizione della situazione del beneficiario (contesto familiare, socio-relazionale, situazione abitativa, economica, lavorativa, istruzione/formazione)

Aspetti socio-sanitari

Interventi socio-assistenziali in essere

Bisogni rilevati e aspettative personali e familiari

Breve descrizione delle finalità dell'intervento e degli obiettivi attesi



PIANO DI ATTUAZIONE PROGETTUALE

PROGETTO PERSONALIZZATO	INTESTATARIO
BISOGNI	
OBIETTIVI	1.
	2.
	...
INTERVENTI DA REALIZZARE (almeno uno per ciascun obiettivo)	1.
	2.
	...
FORMA DI GESTIONE (con ente gestore, altro)	
RISORSE ECONOMICHE NECESSARIE	
FONTI DI FINANZIAMENTO (indicare tipologia di fondi e provenienza)	1.
	2.
	...
SISTEMA DI VERIFICA DELLO STATO DI AVANZAMENTO: (indicare strumenti e modalità di valutazione e monitoraggio)	
DATA DI ATTIVAZIONE E DATA DI CHIUSURA PREVISTA	Attivazione:
	Chiusura:



BUDGET DI PROGETTO

Descrizione dettagliata dei costi e delle risorse di cofinanziamento necessarie per la copertura e la sostenibilità dell'intervento.

BUDGET DI PROGETTO			INTESTATARIO				
TIPOLOGIA DI INTERVENTO	COSTI GENERALI DI GESTIONE	FIGURA PROFESSIONALE	IMPORTO ORARIO	N. ORE PREVISTE	IMPORTO TOTALE	DI CUI VALORE RICHIESTO DDN	DI CUI COFINANZIAMENTO (risorse proprie, altri fondi es. FNA,...)
			€	h	€	€	€
			€	h	€	€	€
			€	h	€	€	€
			€	h	€	€	€
			€	h	€	€	€
			€	h	€	€	€
TOTALE							

IMPORTO COMPLESSIVO BUDGET PROGETTO



2. MISURE E SOSTEGNI

INTERVENTI GESTIONALI DI ACCOMPAGNAMENTO AUTONOMIA E SOSTEGNO RESIDENZIALITA'

- Misura 1: VOUCHER ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA
- Misura 2: VOUCHER "DURANTE NOI" (*riservato esclusivamente a nuovi progetti*)
- Misura 3: VOUCHER RESIDENZIALITÀ CON ENTE GESTORE
- Misura 4: CONTRIBUTO RESIDENZIALITÀ AUTOGESTITA
- Misura 5: BUONO MENSILE COHOUSING /HOUSING
- Misura 6: RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO

MISURA 1 "Accompagnamento all'Autonomia"

Il/La richiedente/beneficiari/a chiede l'attivazione della seguente misura (*barrare la/e casella/e*):

Accoglienza in "alloggi palestra" o altre forme residenziali

- *fino ad un massimo di 4.800,00 € mensili pro capite*

INDICARE DAL/AL _____ – per tot. GIORNI _____

Obiettivi specifici e descrizione attività

MISURA 2 Voucher "Durante Noi"

Consulenza e sostegno alla persona e alla famiglia

- *fino ad un massimo di 600 € mensili pro capite*

Durata _____

Obiettivi specifici e descrizione attività



MISURE 3,4,5,6 - Supporto alla residenzialità

Voucher residenzialità con Ente gestore

a) *fino ad un massimo di 500 € mensili pro capite per persone che frequentano i servizi diurni*

fino ad un massimo di 700 € mensili pro capite per persone che NON frequentano i servizi diurni

Durata – nr. mesi _____

Obiettivi specifici e descrizione attività

Contributo residenzialità autogestita

b) *fino ad un massimo di 600 € mensili pro capite (il contributo non può eccedere l'80% dei costi)*

Durata – nr. mesi _____

Obiettivi specifici e descrizione attività

Buono mensile per cohousing/housing

c) *700 € mensili pro capite fino, ad un massimo di 900 € mensili pro capite, in particolari situazioni di fragilità (il contributo non può eccedere l'80% dei costi)*

Durata – nr. mesi _____

Obiettivi specifici e descrizione attività

Ricoveri di pronto intervento/sollievo

d) *fino ad un massimo di 100 € al giorno per un massimo 60 gg. pro capite per la retta assistenziale (il contributo non può eccedere l'80% dei costi)*

Durata – nr. giorni _____

Obiettivi specifici e descrizione attività



INTERVENTI INFRASTRUTTURALI

- Misura 7: SOSTEGNO CANONE DI LOCAZIONE
- Misura 8: SOSTEGNO SPESE CONDOMINIALI
- Misura 9: SPESE PER ADEGUAMENTI PER LA FRUIBILITÀ DELL'AMBIENTE DOMESTICO

MISURE 7,8,9 – Sostegni spese per locazione ed adeguamenti strutturali

Sostegno Canone di locazione

- e) Contributo mensile fino ad un massimo di 300 € mensili per unità abitativa (il contributo non può eccedere l'80% dei costi)*

Durata – nr. mesi _____

Obiettivi specifici e descrizione attività

Sostegno Spese condominiali

- f) fino ad un massimo di 1.500 € per unità abitativa (il contributo non può eccedere l'80% dei costi)*

Durata – nr. mesi _____

Obiettivi specifici e descrizione attività

Interventi di adeguamento strutturale

- g) massimo di 20.000,00 € per unità immobiliare, e comunque non superiore al 70% del costo dell'intervento).*

Durata – nr. mesi _____

Obiettivi specifici e descrizione attività



Per la richiesta di interventi strutturali deve essere indicata:

L'ubicazione dell'alloggio per cui si richiede il contributo:

- Gruppo appartamento _____
- Soluzione abitativa Cohousing/housing _____

La tipologia di intervento finalizzato all'adeguamento per la fruibilità dell'ambiente domestico:

- messa a norma di impianti;
- adattamenti domotici;
- telesorveglianza o teleassistenza;
- riattamento dell'alloggio, specificare il tipo di intervento _____.

Per gli **interventi di ristrutturazione volti all'adeguamento di soluzioni abitative** coerenti con il D.M. è necessario produrre un progetto gestionale di fattibilità, descrittivo delle modalità di funzionamento e dei relativi costi.

In base alla tipologia di intervento richiesto dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- a) Titolo di proprietà dell'appartamento;
- b) Contratto di locazione;
- c) Planimetria dell'abitazione;
- d) Impegno a firma del proprietario dell'immobile oggetto degli interventi che lo stesso non sarà distolto dalla destinazione per cui è stato presentato il progetto né alienato per un periodo di almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo, salva apposita autorizzazione della Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 25 della L.R. n. 3/2008.



Preso visione delle parti generali e specifiche del progetto personalizzato e del relativo budget, l'équipe multidisciplinare unitamente al beneficiario (o suo delegato) sottoscrivono per accettazione, impegnandosi a garantire l'attuazione degli interventi nei tempi e nei modi precedentemente indicati.

Letto e condiviso,

Luogo e data,

Assistente sociale

Referente ASST

Case manager

Beneficiario/a*

Famigliare

*nota: Se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 ART. 4 (allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione).