

Regione Marche  
Servizio Politiche Sociali e Sport  
Via Gentile da Fabriano, 3  
60125 Ancona

**PIANO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE**  
(ai sensi della DGR n. 1360/2017)

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Situazione professionale: ☐ occupato ☐ non occupato

Studente: ☐ sì ☐ no

In possesso di: ☐ licenza elementare ☐ licenza media

☐ diploma scuola superiore ☐ laurea

Beneficiario del contributo regionale di Vita Indipendente anno 2017: ☐ sì ☐ no

In caso affermativo:

Ore di assistenza settimanali del contratto del progetto regionale \_\_\_\_\_

L'assistente del progetto regionale è un familiare sì ☐ no ☐

se sì ☐ convivente ☐ non convivente

Beneficiario del progetto ministeriale di Vita Indipendente annualità 2016: ☐ sì ☐ no

In caso affermativo:

Ore di assistenza settimanali del contratto del progetto ministeriale<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

L'assistente del progetto ministeriale è un familiare ☐ sì ☐ no

se sì ☐ convivente ☐ non convivente

Beneficiario del progetto ministeriale di Vita Indipendente altre annualità: ☐ sì ☐ no

<sup>1</sup> Specificare se si tratta di un contratto di lavoro unico che comprende i due progetti regionale e ministeriale

**1. Descrizione della condizione di disabilità e del livello di autonomia personale anche in relazione al contesto familiare e ambientale:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente e che denotano la sua capacità di autodeterminazione e chiara volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte, nella consapevolezza da parte del disabile che ciò implica anche l'assunzione del ruolo di datore di lavoro del proprio assistente personale:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Descrizione degli obiettivi da raggiungere attraverso il Piano personalizzato di Vita Indipendente ovvero il miglioramento della vita rispetto ai seguenti otto domini: 1) Benessere Fisico; 2) Benessere Materiale; 3) Benessere Emozionale; 4) Autodeterminazione; 5) Sviluppo Personale; 6) Relazioni Interpersonali; 7) Inclusione Sociale; 8) Diritti ed Empowerment:**

---

---

---

---

---

---

---

---

- 4. Descrizione delle azioni propedeutiche per garantire l'autonomia e l'inclusione sociale della persona con disabilità, quali ad esempio la cura della persona, l'aiuto domestico, la mobilità in casa, al lavoro e nel tempo libero che costituiscono il Piano personalizzato di Vita Indipendente ovvero le azioni di aiuto necessarie svolte con il supporto dell'assistente personale:**

---

---

---

---

---

---

---

---

- 5. Descrizione dei compiti da assegnare all'assistente personale:**

---

---

---

---

---

---

---

---

- 6. Quantificazione delle ore settimanali di assistenza personale:** \_\_\_\_\_

- 7. Budget di spesa annuale necessario per l'Assistente personale ovvero costo complessivo del Piano Personalizzato di Vita Indipendente: €** \_\_\_\_\_

- 8. Eventuali altri servizi/interventi di cui usufruisce l'utente:**

---

---

---

---

---

*Il suddetto Piano Personalizzato di Vita Indipendente è stato redatto dal **richiedente***

**Sig./ra** \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

☐ *con il supporto del Tutore / Amministratore di Sostegno*  
(cognome e nome \_\_\_\_\_);

*d'intesa con:*

☐ *Unità Multidisciplinare dell'Età Adulta (UMEA) di* \_\_\_\_\_  
(cognome e nome del responsabile \_\_\_\_\_);

☐ *Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di* \_\_\_\_\_  
(cognome e nome del responsabile \_\_\_\_\_);

☐ *Assistente sociale del Comune di* \_\_\_\_\_  
(cognome e nome \_\_\_\_\_);

☐ *Assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale* \_\_\_\_\_  
(cognome e nome \_\_\_\_\_);

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

FIRMA RICHIEDENTE	_____
FIRMA TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	_____
FIRMA RESPONSABILE UMEA	_____
FIRMA RESPONSABILE DSM	_____
FIRMA ASSISTENTE SOCIALE ENTE LOCALE DI RESIDENZA	_____
FIRMA ASSISTENTE SOCIALE ATS	_____

## SCHEDA RIEPILOGATIVA DEI CRITERI DI VALUTAZIONE

(da compilare ai fini dell'attribuzione del punteggio)

### INTENSITA' DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

- ☐ **livello molto alto**, con riferimento a persone pluriminorate o non autosufficienti con necessità di assistenza e sorveglianza per 24 ore giornaliere e dipendenza costante e continuativa per 24 ore giornaliere da ausili che permettono la sopravvivenza o la comunicazione
- ☐ **livello alto**, con riferimento a persone pluriminorate o non autosufficienti con necessità di assistenza o sorveglianza per 24 ore al giorno
- ☐ **livello medio**, con riferimento a persone pluriminorate o non autosufficienti senza necessità di assistenza notturna e sorveglianza costante per 24 ore al giorno, ma comunque giornaliera
- ☐ **livello basso**, con riferimento a persone pluriminorate o non autosufficienti senza necessità di sorveglianza e assistenza costante per 24 ore giornaliere

### CONDIZIONE FAMILIARE E AMBIENTALE

#### Composizione del nucleo familiare

- ☐ Il disabile vive da solo
- ☐ Presenza di familiari che convivono
- ☐ Presenza di familiari che convivono anziani o con disabilità

#### Funzioni di genitorialità

- ☐ Presenza di figli minorenni (il disabile svolge funzioni di genitorialità)

**TIPOLOGIA DEGLI OBIETTIVI:** si intendono le azioni che il disabile, con il supporto dell'assistente personale, vuole prioritariamente svolgere per raggiungere l'obiettivo di vita indipendente:

- ☐ percorsi di studio e/o lavorativi
- ☐ attività di rilevanza sociale e/o ricreative
- ☐ azioni comuni di vita quotidiana perlopiù all'interno delle pareti domestiche

### ASSISTENTE PERSONALE

- ☐ Il disabile si impegna ad assumere un assistente personale che non sia marito/moglie, figli, genitori, fratelli/sorelle o comunque persone conviventi

**PERCORSI DI VITA INDIPENDENTE** ossia il pregresso coinvolgimento nelle progettualità regionale e/o ministeriale:

- ☐ Il disabile ha già avviato un percorso di Vita Indipendente nell'ambito della progettualità regionale
- ☐ Il disabile ha già avviato un percorso di Vita Indipendente nell'ambito della progettualità regionale e ha partecipato alla sperimentazione ministeriale per la Vita Indipendente
- ☐ Il disabile ha partecipato alla sperimentazione ministeriale per la Vita Indipendente