

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

SCHEDA VERIFICA ANNUALE

Struttura (Unità multidisciplinare/multiprofessionale): _____

Responsabile (Nome e Cognome): _____

Telefono _____ Mail _____

Referente Progetto (Nome e Cognome): _____

Telefono _____ Mail _____

PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE
del/lla Sig./Sig.ra

Cognome e Nome: _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Telefono _____ Mail _____

Data di avvio del progetto: _____

Ore settimanali indicate nel Progetto personalizzato di vita indipendente: _____

Ore settimanali effettivamente attivate e previste nel contratto sulla base del contributo concesso: _____

Cognome e Nome assistente personale: _____

Tipo di contratto sottoscritto: _____

Sintesi degli obiettivi raggiunti:

Criticità emerse dal punto di vista del beneficiario:

Criticità emerse dal punto di vista dell'unità multidisciplinare/multiprofessionale che ha la presa in carico:

Grado di soddisfazione da parte del beneficiario (da 1 a 10) _____

Motivi di soddisfazione da parte del beneficiario

Motivi di insoddisfazione da parte del beneficiario

Altre osservazioni

Sulla base di quanto sopra, il/la Sig./Sig.ra _____

- manifesta la volontà di proseguire il percorso di vita indipendente nell'anno 2020;
- manifesta la volontà di non proseguire il percorso di vita indipendente nell'anno 2020.

Nella stessa sede il il/la Sig./Sig.ra _____ ha richiesto di rivedere/non rivedere il proprio Progetto personalizzato per quanto attiene le azioni da intraprendere e il budget necessario.

Data _____

FIRMA REFERENTE

UNITA' MULTIDISCIPLINARE/MULTIPROFESSIONALE _____