



AREA OMOGENEA DISTRETTUALE N. 2

COMUNE CAPOFILA PAGLIARA

**Furci Siculo - Roccalumera – Mandanici -Nizza di Sicilia – Fiumedinisi - Alì Terme
– Alì - Itala - Scaletta Zanclea.**

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO N. _____

ASSISTENTE SOCIALE RESPONSABILE DEL PAI _____

COMUNE DI _____

1. DESTINATARIO DEL PROGETTO

Cognome e Nome	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Residenza	
Indirizzo	
tel / e-mail	
Stato civile	
Codice fiscale	
Medico Curante	
ISEE	

2. CONDIZIONE SANITARIA RICONOSCIUTA DEL BENEFICIARIO

Il destinatario beneficia di:

- ☐ Invalidità civile % ____
- ☐ Indennità di accompagnamento
- ☐ Riconoscimento handicap grave articolo 3, comma 3, della L.104/92
- ☐ Indennità di frequenza
- ☐ Inabilità
- ☐ Altro _____

3. Breve descrizione della situazione socio-ambientale e carico assistenziale familiare (condizione abitativa, situazione familiare, condizione di salute, grado di autosufficienza, rete di cura e supporto, istruzione/formazione, situazione lavorativa, ecc.):

4. Composizione del nucleo familiare:

Nome	Cognome	Età	Relazione di parentela	Ore giornaliere di cura dedicate alla persona

5. Servizi comunali/distrettuali/scolastici in atto:

Servizio	Soggetto attuatore	Modalità	N. ore sett.	N. sett. annuali

6. SERVIZI RICHIESTI:

- | | |
|---|--|
| ☐ Educativa domiciliare minori | ☐ Spazio Neutro |
| ☐ Assistenza domiciliare anziano | ☐ ASACOM |
| ☐ Assistenza domiciliare PH | ☐ Trasporto Sociale |

7. DITTE INDICATE DAL BENEFICIARIO:

SEZIONE E TIPOLOGIA DI SERVIZIO	ENTE EROGATORE DELLA PRESTAZIONE
(SEZ. 1 – ANZIANI) - Servizio di Assistenza Domiciliare	☐ SOC. COOP. SOCIALE "ASMIDA" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "EUROSERVICE" ☐ COOPERATIVA SOCIALE "SERVIZI SAN FILIPPO" ☐ ASSOCIAZIONE "IALITE ONLUS" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "LE TRE LUNE" ☐ ASSOCIAZIONE "ASOFA" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "LA COCCINELLA"
(SEZ. 2 - DISABILI) - Servizio Assistenza Domiciliare e Sostegno educativo per adulti e minori	☐ SOC. COOP. SOCIALE "ASMIDA" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "EUROSERVICE" ☐ COOPERATIVA SOCIALE "SERVIZI SAN FILIPPO" ☐ ASSOCIAZIONE "IALITE ONLUS" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "LE TRE LUNE" ☐ ASSOCIAZIONE "ASOFA" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "LA COCCINELLA"
(SEZ. 3 - MINORI e FAMIGLIE) - Servizio educativo	☐ SOC. COOP. SOCIALE "ASMIDA" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "EUROSERVICE" ☐ COOPERATIVA SOCIALE "SERVIZI SAN FILIPPO" ☐ ASSOCIAZIONE "IALITE ONLUS" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "LE TRE LUNE" ☐ ASSOCIAZIONE "ASOFA" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "LA COCCINELLA"
SPAZIO NEUTRO	☐ SOC. COOP. SOCIALE "ASMIDA" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "EUROSERVICE" ☐ COOPERATIVA SOCIALE "SERVIZI SAN FILIPPO" ☐ ASSOCIAZIONE "IALITE ONLUS" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "LE TRE LUNE" ☐ ASSOCIAZIONE "ASOFA"
ASACOM	☐ SOC. COOP. SOCIALE "ASMIDA" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "EUROSERVICE" ☐ COOPERATIVA SOCIALE "SERVIZI SAN FILIPPO" ☐ ASSOCIAZIONE "IALITE ONLUS" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "LE TRE LUNE" ☐ ASSOCIAZIONE "ASOFA"

	☐ SOC. COOP. SOCIALE "LA COCCINELLA"
Trasporto Sociale (SEZIONE 1, 2 e 3)	☐ SOC. COOP. SOCIALE "ASMIDA" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "EUROSERVICE" ☐ COOPERATIVA SOCIALE "SERVIZI SAN FILIPPO" ☐ ASSOCIAZIONE "IALITE ONLUS" ☐ SOC. COOP. SOCIALE "LE TRE LUNE"

8. SERVIZI CONCESSI:

Servizio	Modalità	N. ore sett.li	N. voucher mensili

9. DURATA DEL PROGETTO N. ____ mesi;

10. SPECIFICHE SERVIZIO TRASPORTO SE RICHIESTO PERIODICO E NON OCCASIONALE:

Luogo di partenza	Luogo di destinazione	Km percorsi	N. ore settimanali	Tipologia di prestazione

Luogo e data _____

ASSISTENTE SOCIALE RESPONSABILE DEL PAI

**FIRMA PER ACCETTAZIONE DEL PROGETTO
UTENTE/GENITORE/TUTORE/AMM. DI SOSTEGNO**

11.TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI E DISABILI

TIPOLOGIA	PRESTAZIONE
ALZATA	☐ Alzata di elevata complessità assistenziale (compreso rifacimento letto e cambio biancheria) ☐ Alzata di media complessità assistenziale (compreso rifacimento letto e cambio biancheria) ☐ Alzata semplice (compreso rifacimento letto e cambio biancheria)
CURA DELLE PERSONA	☐ Igiene intima a letto ☐ Igiene intima e bagno ☐ Igiene dei capelli a letto ☐ Igiene dei capelli in bagno ☐ Igiene dei piedi ☐ Applicazione protesi tutori ☐ Aiuto nell'indossare il busto
BAGNO	☐ Bagno a letto ☐ Bagno complesso in vasca o doccia ☐ Bagno semplice
RIMESSA A LETTO	☐ Rimessa a letto di elevata complessità ☐ Rimessa a letto di media complessità ☐ Rimessa a letto semplice
MOBILIZZAZIONE	☐ Deambulazione assistita interno/esterno abitazione ☐ Mobilizzazione semplice a letto ☐ Mobilizzazione semplice in carrozzina
PASTO DOMICILIARE	☐ Preparazione pasto e aiuto nell'assunzione ☐ Aiuto nell'assunzione del pasto ☐ Preparazione e aiuto nell'assunzione della colazione
CURA DELLA CASA	☐ Igiene ambientale ordinaria ☐ Lavaggio e/o riordino biancheria a domicilio ☐ Preparazione e/o riordino biancheria con lavaggio esterno
CONTROLLI	☐ Sostegno psicologico ☐ Controlli (corretta alimentazione, cura di sé, situazione ambientale etc.) ☐ Aiuto nell'assunzione di farmaci
TRASPORTO	☐ Accompagnamento per visite mediche (con o senza utilizzo del mezzo).
ATTIVITA' DI ANIMAZIONE	☐ Partecipazione e coinvolgimento in attività esterne al domicilio, quali: sagre paesane, manifestazioni socioculturali, laboratori ricreativi, etc.
SERVIZI ESTERNI	☐ Disbrigo pratiche

VERIFICA E AGGIORNAMENTO DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO N. _____

MOTIVAZIONE E AZIONI CONSEQUENZIALI:

12. SERVIZI CONCESSI MODIFICATI:

Servizio	Modalità	N. ore sett.li	N. voucher mensili

13. DURATA DEL PROGETTO N. ____ mesi;

14. SPECIFICHE SERVIZIO TRASPORTO SE RICHIESTO PERIODICO E NON OCCASIONALE:

Luogo di partenza	Luogo di destinazione	Km percorsi	N. ore settimanali	Tipologia di prestazione

Luogo e data _____

ASSISTENTE SOCIALE RESPONSABILE DEL PAI

**FIRMA PER ACCETTAZIONE DEL PROGETTO
UTENTE/GENITORE/TUTORE/AMM. DI SOSTEGNO**
