



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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educativa domiciliare minori | <input type="checkbox"/> Spazio Neutro |
| <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare anziano | <input type="checkbox"/> ASACOM |
| <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare PH | <input type="checkbox"/> Trasporto Sociale |

7. DITTE INDICATE DAL BENEFICIARIO:

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

	<input type="checkbox"/> SOC. COOP. SOCIALE "LA COCCINELLA"
Trasporto Sociale (SEZIONE 1, 2 e 3)	<input type="checkbox"/> SOC. COOP. SOCIALE "ASMIDA" <input type="checkbox"/> SOC. COOP. SOCIALE "EUROSERVICE" <input type="checkbox"/> COOPERATIVA SOCIALE "SERVIZI SAN FILIPPO" <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE "IALITE ONLUS" <input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alzata di elevata complessità assistenziale (compreso rifacimento letto e cambio biancheria) <input type="checkbox"/> Alzata di media complessità assistenziale (compreso rifacimento letto e cambio biancheria) <input type="checkbox"/> Alzata semplice (compreso rifacimento letto e cambio biancheria)
CURA DELLE PERSONA	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Igiene intima a letto <input type="checkbox"/> Igiene intima e bagno <input type="checkbox"/> Igiene dei capelli a letto <input type="checkbox"/> Igiene dei capelli in bagno <input type="checkbox"/> Igiene dei piedi <input type="checkbox"/> Applicazione protesi tutori <input type="checkbox"/> Aiuto nell'indossare il busto
BAGNO	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bagno a letto <input type="checkbox"/> Bagno complesso in vasca o doccia <input type="checkbox"/> Bagno semplice
RIMESSA A LETTO	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rimessa a letto di elevata complessità <input type="checkbox"/> Rimessa a letto di media complessità <input type="checkbox"/> Rimessa a letto semplice
MOBILIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deambulazione assistita interno/esterno abitazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione semplice a letto <input type="checkbox"/> Mobilizzazione semplice in carrozzina
PASTO DOMICILIARE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Preparazione pasto e aiuto nell'assunzione <input type="checkbox"/> Aiuto nell'assunzione del pasto <input type="checkbox"/> Preparazione e aiuto nell'assunzione della colazione
CURA DELLA CASA	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Igiene ambientale ordinaria <input type="checkbox"/> Lavaggio e/o riordino biancheria a domicilio <input type="checkbox"/> Preparazione e/o riordino biancheria con lavaggio esterno
CONTROLLI	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sostegno psicologico <input type="checkbox"/> Controlli (corretta alimentazione, cura di sé, situazione ambientale etc.) <input type="checkbox"/> Aiuto nell'assunzione di farmaci
TRASPORTO	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accompagnamento per visite mediche (con o senza utilizzo del mezzo).
ATTIVITA' DI ANIMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Partecipazione e coinvolgimento in attività esterne al domicilio, quali: sagre paesane, manifestazioni socioculturali, laboratori ricreativi, etc.
SERVIZI ESTERNI	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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**
