

Atto di adesione relativo ad interventi socio assistenziali a beneficio di persone con disabilità.

Atto di Adesione

Case Manager	
Data Presa in Carico	
Data Inizio intervento	

Dati BENEFICIARIO

Codice Fiscale	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Comune di nascita	
Recapiti	
Cellulare	
E-Mail	
Residenza	
Indirizzo	
Comune	

Obiettivi Generali

	Favorire l'autosufficienza dell'assistito, con interventi che affianchino la persona per compensare le autonomie perse
	Contribuire al miglioramento della qualità di vita dell'assistito;
	Supportare le famiglie che si fanno carico di un congiunto non autosufficiente
	Permettere all'assistito di restare il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita, evitando o ritardando il più possibile il ricovero in strutture residenziali
	Favorire la socializzazione ed i rapporti interpersonali.

Attività / Prestazioni

Prestazione	Figura Professionale	N. gg/Settimana	N. ore/Giorno

Risultati Attesi

	Favorire l'autosufficienza dell'assistito, con interventi che affianchino la persona per compensare le autonomie perse
	Contribuire al miglioramento della qualità di vita dell'assistito;
	Supportare le famiglie che si fanno carico di un congiunto non autosufficiente
	Permettere all'assistito di restare il più a lungo possibile nel proprio ambiente di vita, evitando o ritardando il più possibile il ricovero in strutture residenziali
	Favorire la socializzazione ed i rapporti interpersonali.

Durata dell'intervento in mesi: _____ Importo oraria della Compartecipazione al costo del servizio Euro _____

Verbale UVI sottoscritto in data _____ prot. n. _____

L'interessato _____ in qualità di:

beneficiario del servizio;

figlio-a/Tutore/Altro(specificare)..... nella persona del Sig/ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

_____ tel. _____ C.F.: _____

DICHIARA di accettare il Piano assistenziale personalizzato e la compartecipazione al costo del servizio prevista.

PRENDE VISIONE dei prestatori presenti nel Sistema di accreditamento dei Fornitori di seguito elencati:

- 1. Consorzio ICARO CONSORZIO COOPERATIVE SOCIALI SOCIETA' COOPERATIVA e per esso le esecutrici:**
 - a. Cooperativa Sociale "Il Sorriso" P.IVA/C.F. 02053840647
 - b. PANTA REI ONLUS Cooperativa Sociale P.IVA/C.F. 02539500641
 - c. INTRA Cooperativa Sociale ONLUS P.IVA/C.F. 02662510649

- 2. Consorzio PERCORSI e per esso le esecutrici**
 - a. Cooperativa Sociale OASIRPINA "ONLUS" P.IVA/C.F. 02265970646
 - b. IRIS Cooperativa Sociale P.IVA/C.F. 03385080613
 - c. Irpinia 3000 Cooperativa Sociale P.IVA/C.F. 02340390646

- 3. La PIRAMIDE – COOPERATIVA SOCIALE ONLUS P.IVA/C.F. 02617670647**

- 4. Cooperativa NOI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE P.IVA/C.F. 05463030659**

- 5. Cooperativa Progetto 2000 SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE P.IVA/C.F. 02757010653**

- 6. Cooperativa HEIDY – SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE A RESPONSABILITA' LIMITATA P.IVA/C.F. 02381220645**

DICHIARA di scegliere il Fornitore _____ al quale
cede l'intero quantitativo dei Titoli autorizzando lo stesso ad emettere fattura per le prestazioni regolarmente eseguite.

Data di sottoscrizione _____ / ____ / _____

Assistente sociale Case Manager

**Utente o familiare /
tutore**

**U.O della gestione tecnica e della
istruttoria dei procedimenti relativi ai
servizi domiciliari ad anziani e disabili**

Verifiche ed aggiornamento del Piano

Verifica n. _____ del _____

Obiettivi raggiunti

 SI NO

Specificare le motivazioni di un parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi

Osservazioni e modifiche alla verifica

Data Compilazione

Assistente sociale Case Manager

Utente o familiare / tutore
