

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

(da allegare alla Domanda di accesso al contributo per l'acquisto di ausili/ strumenti tecnologicamente avanzati a favore delle persone disabili o delle loro famiglie ai sensi della DGR 5631/2016 (L.R. 23/99, art. 4 commi 4 e 5)

All'interno del progetto individualizzato di seguito descritto si prescrive

al/alla Signor/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

affetto/a da _____

riconosciuto/a disabile ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104/92 si no

con una invalidità funzionale permanente di tipo:

motorio **uditivo** **visivo** **intellettivo** **del linguaggio**

l'ausilio/strumento denominato:

(indicare sia l'ausilio/strumento sia gli eventuali accessori es. software specifici)

Tale ausilio/strumento avrà la finalità di:

- facilitare la comunicazione interpersonale
- facilitare l'elaborazione scritta o grafica
- facilitare il controllo dell'ambiente
- facilitare l'accesso all'informazione e alla cultura
- compensare le limitazioni funzionali

Informazioni cliniche sulla patologia in atto e ricadute sulle condizioni di vita quotidiana del beneficiario

Informazioni sul nucleo familiare e attività quotidiane svolte (scuola, lavoro, tempo libero.)

Si considera tale ausilio/strumento

consigliato **indispensabile**

per raggiungere gli obiettivi sotto descritti:

Obiettivi (definire gli obiettivi da raggiungere con l'acquisto dell'ausilio/strumento, le aree della vita quotidiana interessate e la coerenza dell'ausilio/strumento con gli obiettivi individuati)

➤ contribuire all'autonomia della persona, con particolare riferimento al miglioramento dell'ambiente domestico (specificare)
➤ sviluppare le potenzialità della persona in relazione alle sue possibilità di integrazione sociale e lavorativa (specificare)
➤ compensare le diverse limitazioni funzionali, siano esse: <ul style="list-style-type: none">- motorie- visive- uditive- intellettive- del linguaggio- relative all'apprendimento

Durata del progetto

Data di inizio del progetto:
Periodo entro il quale si pensa di realizzare gli obiettivi:

Risultati attesi e modalità di verifica:

A livello individuale:

A livello familiare:

Altre osservazioni:

Data _____

Medico (pubblico o privato) Specialista in _____
(la specializzazione deve essere congruente con la patologia)

Firma e timbro dello Specialista

Il richiedente/beneficiario dà il proprio assenso al progetto individualizzato.

Firma

Luogo e data