



Attuazione della Legge 112/2016 per il "Dopo di Noi"

MUNICIPIO ROMA Digitare

ASL ROMA Digitare – DISTRETTO Digitare

## ACCORDO PROGRAMMA DI INDIPENDENZA ABITATIVA

### PREMESSO CHE

l'obiettivo di tale accordo è finalizzato all'avvio della fase di coabitazione dei cittadini che hanno aderito all'avviso pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" in favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, ai sensi della Legge n. 112/2016

l'UVMD, ha proceduto, successivamente agli accertamenti dei requisiti e alla valutazione dei profili bio psico sociali della persona secondo un approccio multidimensionale, alla definizione ed eventuale co-progettazione condivisa con l'utente e/o la sua famiglia, dei progetti personalizzati e dei fondi necessari per la realizzazione degli stessi

i cittadini (di seguito denominati componenti del gruppo di coabitazione) hanno partecipato o effettuato, anche in modo autonomo, "Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine" previsti all'art. 5, comma 4 del DM 23/11/2016, proposti dall'UVMD in sinergia con l'utente e/o con l'ente individuato dall'utente/famiglia.

il percorso avviato, nelle forme suddette, ha permesso di sperimentare con esito positivo esperienze di convivenze per verificare la compatibilità tra le persone e la loro libera scelta di vivere insieme.

sono stati quindi autorizzati per l'anno \_\_\_\_\_, per ogni utente componente del gruppo individuato per la coabitazione, il Progetti Personalizzati debitamente sottoscritti;

si rende necessario, per la coabitazione, definire: l'accordo sull'alloggio, le modalità di conduzione dell'alloggio, la ripartizione delle spese delle utenze e altre eventuali spese, necessarie e indicate nel BdP con specificato chi le sostiene, che il gruppo intende condividere nello spirito di un reciproco sostegno, i livelli di responsabilità rispetto alla gestione delle attività quotidiane del gruppo rispetto alla gestione ordinaria;

tale modello costituisce uno strumento di base obbligatorio che potrà essere integrato in base alle specificità del gruppo di coabitazione che sottoscrive il presente accordo.

IL PRESENTE ACCORDO È SOTTOSCRITTO DALLE SEGUENTI PARTI

**1) Signor/Signora**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

*(di seguito denominato componente gruppo di coabitazione)*

Amministratore di Sostegno/Tutore (se presente)

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

**ASL Roma .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicata come ASL)*

**Roma Capitale – MUNICIPIO .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicato come Servizio Sociale)*

**2) Signor/Signora**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

*(di seguito denominato componente gruppo di coabitazione)*

Amministratore di Sostegno/Tutore (se presente)

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

**ASL Roma .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicata come ASL)*

**Roma Capitale – MUNICIPIO .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicato come Servizio Sociale)***3) Signor/Signora**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

*(di seguito denominato componente gruppo di coabitazione)*

Amministratore di Sostegno/Tutore (se presente)

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

**ASL Roma .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicata come ASL)***Roma Capitale – MUNICIPIO .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicato come Servizio Sociale)***4) Signor/Signora**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

*(di seguito denominato componente gruppo di coabitazione)*

Amministratore di Sostegno/Tutore (se presente)

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

**ASL Roma .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicata come ASL)***Roma Capitale – MUNICIPIO .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicato come Servizio Sociale)***5) Signor/Signora**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

*(di seguito denominato componente gruppo di coabitazione)*

Amministratore di Sostegno/Tutore (se presente)

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza			
Comune		Provincia	Municipio

**ASL Roma .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicata come ASL)***Roma Capitale – MUNICIPIO .....**

STRUTTURA		SERVIZIO	
SEDE			

*(di seguito indicato come Servizio Sociale)***ENTE GESTORE**

con sede in			
Codice Fiscale			
rappresentato da			

**Persona o Ente diversa/o da Ente gestore indicato all'unanimità dal gruppo e avallato da UVMD per funzioni e compiti di cui al punto 8 (proposto da componente del gruppo ad es. un familiare, un'associazione, un ADS ecc. per contribuire a rendere più agevole alcune funzioni, ad esempio la gestione di alcune spese).**

con sede in	
Codice Fiscale	
rappresentato da	

**LE PARTI CONCORDANO I SEGUENTI PUNTI QUI DI SOTTO  
ELENCATI**

<b>OBIETTIVI, PRINCIPI E VALIDITA' DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA ABITATIVO</b>	
1	L'obiettivo del presente accordo è garantire al gruppo di coabitazione un percorso di vita indipendente con il supporto di un sistema attivo di protezione sociale.
2	L'accordo sancisce l'avvio della coabitazione ed è definito e sottoscritto, a seguito della concertazione sulle reciproche esigenze e disponibilità, dai componenti il gruppo di coabitazione in condivisione con ASL, Municipio, Ente individuato, scelto per la gestione e, se presente, altro organismo/persona indicato all'unanimità dal gruppo di coabitazione con funzioni specifiche nella cogestione dell'accordo (dettagliato al punto 8 pag. 11) e avallato da UVMD.
3	L'accordo, espressione di mutualità, rappresenta lo strumento di autogestione della coabitazione e vincola i coabitanti al vicendevole rispetto delle esigenze di vita. È dunque la cornice di riferimento per un' <b>organizzazione dell'abitazione che</b> deve: <ul style="list-style-type: none"> <li>- supportare il percorso di "vita indipendente" individuale attraverso specifici <b>Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze</b></li> <li>- promuovere forme di <b>coabitazione</b> quale gestione armoniosa della vita quotidiana per lo sviluppo della sfera dell'affettività e della relazione attraverso la condivisione di spazi comuni e di risorse.</li> </ul>
4	L'accordo prevede una durata sperimentale di <u>6 mesi</u> dall'avvio della convivenza.
	Al termine del periodo sperimentale <ul style="list-style-type: none"> <li>- se non intervengono modifiche, da richiedere con 30 giorni di anticipo sulla scadenza, l'accordo si intende tacitamente prorogato con cadenza annuale</li> <li>- qualora sia necessario procedere a modifiche rispetto a uno o più punti sottoelencati si procederà a revisione e dunque a una nuova sottoscrizione.</li> </ul>
5	L'accordo, previa condivisione ed approvazione dell'UVMD, può: <ul style="list-style-type: none"> <li>- essere modificato nel corso del tempo qualora venissero a mutare le condizioni di vita, in seguito a cambiamenti della situazione personale e qualora la sua prosecuzione risulti insostenibile per una delle parti.</li> <li>- può essere risolto da uno dei componenti della coabitazione previo preavviso, con effetti a 60 giorni dalla comunicazione.</li> <li>-</li> </ul>
6	Ai fini di salvaguardare il percorso personalizzato di ogni componente il gruppo di coabitazione, in caso in cui l'alloggio non fosse più disponibile, andrà comunicato con preavviso di un anno.

1. Soluzione Alloggiativa	
Gli utenti del gruppo di coabitazione o gli Ads/Tutori se presenti, dichiarano che dimoreranno presso l'abitazione sita in Roma via _____ conforme rispetto allo scopo ai sensi della D.D. Regione Lazio G09141 del 31.07.2020.	
<input type="checkbox"/>	di proprietà dell'utente
<input type="checkbox"/>	di proprietà del seguente familiare e messa a disposizione dell'Utente del gruppo di coabitazione: cognome ..... nome ....., nato a ..... il ....., legato all'utente dal seguente legame di parentela .....
<input type="checkbox"/>	di proprietà di terzi a seguito di autonoma procedura di scelta e di regolare contratto
<input type="checkbox"/>	messa a disposizione dal seguente Ente..... in funzione dello svolgimento del progetto in oggetto
<input type="checkbox"/>	messa a disposizione dal Municipio in funzione dello svolgimento del progetto in oggetto
<input type="checkbox"/>	messa a disposizione dalla ASL, in funzione dello svolgimento del progetto in oggetto

2. Strumenti di concessione dell'abitazione per lo svolgimento del progetto			
Il disponente l'alloggio sopra identificato, nel pieno possesso dell'immobile, ne concede l'utilizzo al gruppo di coabitazione secondo:			
<input type="checkbox"/>	Contratto di locazione stipulato in data ..... per il periodo ....., con ..... (se persona fisica indicare nome e cognome del proprietario ed i dati di nascita; se persona giuridica, indicare denominazione sociale, sede legale e codice fiscale della stessa) con pagamento del corrispettivo di Euro ..... al mese e con obbligo di pagamento delle utenze; <i>ivi allegato</i>		
<input type="checkbox"/>	Comodato gratuito stipulato in data ..... per il periodo ....., con ..... (se persona fisica indicare nome e cognome del proprietario ed i dati di nascita; se persona giuridica, indicare denominazione sociale, sede legale e codice fiscale della stessa) <i>ivi allegato</i>		
2.1 Spesa contratto di locazione mensile			
In presenza di contratto di locazione, il canone per l'affitto il cui importo mensile è pari a € _____ suddiviso come da quote pro capite e da percentuali sotto indicate			
A carico di _____		Costo mensile	Percentuale
<input type="checkbox"/>	dei componenti il gruppo di coabitazione con i seguenti importi:		
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	

<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	
<input type="checkbox"/>	dei seguenti familiare quale contributo	€	
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a ..... parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a ..... parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a ..... parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a ..... parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	
<input type="checkbox"/>	A carico di Enti (Servizio Sociale o ASL su fondi Regionali ) quale contributo/rimborso a favore di (Nome e Cognome componente gruppo)_____	€	

### 3. Spesa Utenze/condominio

Le spese utenze (specificare quali) Luce – GAS-AMA-Telefono e connessione internet il cui importo mensile medio è pari a €\_\_\_\_\_ suddiviso come da quote pro capite e da percentuali sotto indicate

**N.B** l'assenza temporanea dell'appartamento non esonera da versare la quota dovuta

A carico di _____		Costo mensile	Percentuale
<input type="checkbox"/>	dei componenti il gruppo di coabitazione con i seguenti importi:	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	dei seguenti familiari quale contributo		
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	____%
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	____%
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e	€	____%

		Cognome componente gruppo)		
<input type="checkbox"/>		il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	___%
<input type="checkbox"/>		il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	___%
<input type="checkbox"/>		A carico di Enti (Servizio Sociale o ASL su fondi regionali ) quale contributo/rimborso a favore di (_Nome e Cognome componente gruppo)_____	€	-%

#### 4. Manutenzione ordinaria

- Spese di ordinaria manutenzione relativa a:
- manutenzione di impianti/strutture di pertinenza dell'appartamento (es. danni idraulici, elettrici, sostituzione caldaia per usura, ascensore interno...) a carico del gruppo di coabitazione quali:
  - manutenzione e acquisto beni gestione appartamento (es. elettrodomestici, controllo annuale caldaia...)
  - manutenzione di spazi di pertinenza ad uso esclusivo dell'abitazione (giardino, eventuale ascensore interno, altro).
  - Altro \_\_\_\_\_

Per le **spese non quantificabili** si prevede l'istituzione di una cassa comune:  SI  NO

Se SI, specificare la quota individuale mensile per pari a €.....

Le spese impreviste e necessarie saranno suddivise con le stesse percentuali tra i componenti il gruppo di coabitazione.

Le **spese quantificate** di manutenzione sono pari a €.....mensili, suddivise come da quote pro capite e da percentuali sotto indicate:

A carico di _____		Costo mensile	Percentuale
<input type="checkbox"/>	A carico degli utenti del gruppo di coabitazione come contributo mensile	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	___%
<input type="checkbox"/>	dei seguenti familiari quale contributo		
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	___%

<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	A carico di Enti (Servizio Sociale o ASL su fondi regionali ) quale contributo/rimborso a favore di (Nome e Cognome componente gruppo)_____	€	-%

**4.1 La manutenzione straordinaria**

a carico del proprietario  
 a carico del Fondo di cui alla lettera d) del DM 23/11/2016 – secondo l'accordo di programma tra ASP Asilo Savoia e Regione Lazio per i beni immobili iscritti al Patrimonio Immobiliare Solidale

**5. Accordo sul vitto**

I pasti sono organizzati dal gruppo di coabitazione in maniera autonoma.

**NB** per assenze superiori **a una settimana**, l'importo mensili complessivo sarà calibrato sull'effettiva presenza giornaliera nel mese (quota mensile individuale/30 \*n° giorni presenza)

Le spese mensili per il vitto previste sono pari a € \_\_\_\_\_suddivise come da quote pro capite e da percentuali sotto indicate

A carico di _____		Costo mensile	Percentuale
<input type="checkbox"/>	Dei componenti il gruppo di coabitazione	€	%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra . . . . .	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra . . . . .	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra . . . . .	€	__%
<input type="checkbox"/>	dei seguenti familiari quale contributo	€	_%
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig/ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e	€	__%

	Cognome componente gruppo)		
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	€
<input type="checkbox"/>	di Enti (Municipio, ASL, altro) specificare contributo/rimborso e a favore di (Nome e Cognome componente gruppo)_____	€	€

**6. Accordo sulla conduzione dell'alloggio (spese relative alla gestione quotidiana della lavanderia/pulizie dell'alloggio)**

<input type="checkbox"/>	I servizi di lavanderia/pulizie sono forniti da.....(indicare chi fornisce i servizi – se società, riportare denominazione sociale, nonché indirizzo della sede legale e Codice fiscale), alle seguenti condizioni (riportare modalità di esecuzione dei servizi, spesa mensile, modalità di rimborso e persona di riferimento per il supporto all'esecuzione delle stesse): Lavanderia..... Pulizie..... Il sig..... o l'ente indicato.....è incaricato di pagare al fornitore i servizi alle condizioni sopra indicate, specificando i tempi e le modalità di pagamento..... Le spese del servizio complessivo mensile sono a pari a €..... suddivise come da quote pro capite e da percentuali sotto indicate
<input type="checkbox"/>	I servizi di lavanderia, pulizie, esecuzione della spesa sono gestiti in maniera autonoma dal gruppo di coabitazione. Le spese di pulizia complessive mensili sono pari a €..... suddivise come da quote pro capite e da percentuali sotto indicate

A carico di _____		Costo mensile	Percentuale
<input type="checkbox"/>	dei componenti il gruppo di coabitazione		
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....	€	__%
<input type="checkbox"/>	dei seguenti familiari quale contributo		
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	__%
<input type="checkbox"/>	il/la sig./ra.....nato/a.....in qualità di (specificare parentela) ..... di (Nome e Cognome componente gruppo)	€	€

<input type="checkbox"/>	A carico di Enti (Municipio, ASL, altro) specificare contributo/rimborso e a favore di (Nome e Cognome componente gruppo)_____	€	
--------------------------	--	---	--

### 7. Accordo sulle spese personali (compreso trasporto e tempo libero)

Il responsabile del programma di indipendenza abitativa supporta l'utente nella gestione delle spese personali e della relativa rendicontazione ad Ads/Tutore.

**Eventuali Specifiche:**

### 8. Ruolo di altro ente individuato da UVMD su proposta unanime del gruppo di coabitazione

L'ente ha il compito di supportare il gruppo in relazione alla gestione della casa rispetto ad attività comuni, in funzione del raggiungimento degli obiettivi contenuti nei PP, in stretto raccordo con il responsabile del programma di indipendenza abitativa nei seguenti compiti:

- 1)
- 2)
- 3)

### 9. Tempi/modalità di versamento delle quote e/o pagamento servizi

I componenti il gruppo o Ads/Tutori se presenti, si impegnano a:

- versare le quote stabilite (utenza/manutenzione ordinaria, quote vitto e conduzione alloggio) entro il \_\_\_\_\_ di ogni mese con la seguente modalità (specificare)
- pagare il fornitore di servizi (lavanderia/pulizie) se previsti, entro il \_\_\_\_\_ del mese con le seguenti modalità (specificare)

### 10. Ruolo del Responsabile del Programma di Indipendenza Abitativa

Il Responsabile del programma di indipendenza abitativa ai sensi della D.D Regione Lazio G09141/2020, già indicato da UVMD nei singoli progetti personalizzati è:

- assume il ruolo di coordinatore e la responsabilità dell'attività dell'appartamento adulte disabili che risiedono nell'appartamento e dei programmi in esso realizzati;
- favorisce la partecipazione e la condivisione del progetto con la persona disabile interessata o, in assenza di autodeterminazione, con chi ne tutela gli interessi (genitori, familiari, amministratore di sostegno, tutore, etc.);
- ha funzioni di programmazione e organizzazione di tutte le attività che si svolgono all'interno dell'appartamento, nonché del loro coordinamento con i servizi territoriali;
- coordina il personale impiegato nell'assistenza diretta alle singole persone e/o al gruppo e svolge il controllo sui programmi attuati e sull'andamento delle attività, nel rispetto degli indirizzi fissati da leggi, regolamenti e delibere, regionali e comunali;
- collabora con il Case manager e le UVM distrettuali per il monitoraggio e la revisione dei progetti individuali, condivisi con la persona disabile interessata o in assenza di autodeterminazione, con chi ne tutela gli interessi;
- assicura la sua presenza per un tempo adeguato alle necessità della comunità e garantisce la reperibilità e la pronta disponibilità anche nelle ore notturne e nei giorni festivi ai conviventi, alle famiglie ed i professionisti coinvolti nella realizzazione del programma di indipendenza abitativa;
- predisporre una relazione semestrale, condivisa con le persone disabili interessate o, in assenza di autodeterminazione, con chi ne tutela gli interessi, da inviare al Case Manager e all'UVMD.

### 11. Ruolo del CASE MANAGER

Il Case manager ai sensi della DGR Regione Lazio 454/17 e s.m.i. e della DGR Roma Capitale n. 45/2020, individuato nei singoli progetti personalizzati:

- è il responsabile del progetto personalizzato, in particolare della sua attuazione e della costante verifica dell'adeguatezza degli interventi;
- assicura il monitoraggio attraverso incontri periodici con la persona interessata e/o i suoi familiari (o con chi ne tutela gli interessi), nonché con i responsabili dei programmi di indipendenza abitativa (Allegato A D.G.R. 149/2018 "Linee Guida per l'integrazione socio-sanitaria nella Regione Lazio");
- supporta e facilita, in costante collegamento con i familiari, ove esistenti, la persona e/o la famiglia nelle decisioni da intraprendere nelle varie fasi del percorso e nelle scelte da fare;
- facilita l'accesso alle risorse del sistema socio sanitario;
- collabora con i servizi territoriali perché sia garantita la continuità assistenziale;
- si fa promotore della formazione/informazione della persona utili alla realizzazione del progetto di vita, garantendo un ruolo pro-attivo della persona in ogni fase del percorso.

### Verifica dell'Accordo di Programma per l'indipendenza abitativa (indicare tempi e modalità della verifica)

Si prevedono:

- incontri trimestrali di monitoraggio nel periodo sperimentale con verifica a 6 mesi con il gruppo di coabitazione e Ads/Tutori/Familiari
- incontri semestrali di monitoraggio con verifica annuale successivamente alla ratifica dell'accordo con il gruppo di coabitazione e Ads/Tutori/Familiari

### FIRME COMPONENTI IL GRUPPO

Luogo e data .....

COGNOME E NOME UTENTE	ADS/TUTORE	FIRMA

EQUIPE VALUTATIVA – UVMD (nel caso di componenti facenti capo a diversi Municipi firmerà il Case Manager individuato per ogni beneficiario)

	PROFILO PROFESSIONALE	STRUTTURA AFFERENZA	COGNOME E NOME	FIRMA
1				
2				
3				
4				
5				

FIGURE DI RIFERIMENTO DEL PERCORSO INDIVIDUALE DA UVMD			
RUOLO	STRUTTURA AFFERENZA	COGNOME E NOME	FIRMA
RESPONSABILE PROGRAMMA INDIPENDENZA ABITATIVA			
CASE MANAGER			

Il Legale Rappresentante dell'Organismo

\_\_\_\_\_

MUNICIPIO ROMA ...  
IL DIRETTORE DI DIREZIONE SOCIO- EDUCATIVA

ASL ROMA .... – DISTRETTO ....  
IL DIRETTORE DI DISTRETTO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_