

**PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE**  
**del/lla Sig./Sig.ra**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

---

**Composizione nucleo familiare**

Nominative

Grado di parentela

Data di nascita

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

**Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto**

Studente

Lavoratore

Disoccupato/a

Pensionato/a

Altro \_\_\_\_\_

---

**Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:**

Da solo

In famiglia

In  
comunita

Altro \_\_\_\_\_

Usufruisce dei seguenti servizi:

tipologia	pub	pri	con	tern	Ore settimanali
Servizio assistenza domiciliare (AD)					
Assistenza Infermieristica					
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)					
Trasporto					
Disponibilità di volontariato/reti familiare					
Centro diurno socio- occupazionale					
Centro riabilitativo					
Assistenza scolastica					
Servizio Educativo domiciliare (ADM)					
Telesoccorso/teleassistenza					
Assegno di cura/assegno disabilità gravissima					
Altri servizi sanitari (specificare)_____					
Dopo di noi_____					
altre forme di sostegno, per i quali l'obiettivo dell'assistenza socio-assistenziale è prevalente rispetto all'obiettivo dell' autonomia per la quale occorre la capacità di autodeterminazione. .( da specificare)_____					

Legenda: Pub.=pubblico; Pri.=privato; Con.=continuativo; Tern.= temporaneo





1. Obiettivi di vita autonoma:

**Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente e che denotano la sua capacità di autodeterminazione e chiara volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte, nella consapevolezza da parte del disabile che ciò implica anche l'assunzione del ruolo di datore di lavoro del proprio assistente personale:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. azioni ed interventi richiesti:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Risultati attesi:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

## In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree

---

### Area autonomia personale

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> alzarsi dal letto            | <input type="checkbox"/> uso del we                     | <input type="checkbox"/> lavarsi il viso       |
| <input type="checkbox"/> lavarsi le mani              | <input type="checkbox"/> lavarsi i capelli e pettinarsi | <input type="checkbox"/> igiene intima         |
| <input type="checkbox"/> fare il bagno o doccia       | <input type="checkbox"/> vestirsi o spogliarsi          | <input type="checkbox"/> assistenza notturna   |
| <input type="checkbox"/> semplici interventi sanitari | <input type="checkbox"/> gestione catetere              | <input type="checkbox"/> gestione degli ausili |
| <input type="checkbox"/> coricarsi                    | <input type="checkbox"/> mangiare, bere                 | <input type="checkbox"/> altro                 |

### Area autonomia domestica

- pulire la casa
- preparare i pasti
- fare la spesa
- gestire la presenza di ospiti
- altro

### Area autonomia socio-lavorativa

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione | <input type="checkbox"/> guida del mezzo a disposizione                |
| <input type="checkbox"/> utilizzo dei mezzi pubblici accessibili       | <input type="checkbox"/> partecipazione attività culturali             |
| <input type="checkbox"/> attività relativa al tempo libero             | <input type="checkbox"/> disbrigo di pratiche burocratiche             |
| <input type="checkbox"/> utilizzo strumenti informatici                | <input type="checkbox"/> accompagnamento fuori casa                    |
| <input type="checkbox"/> assistenza sul posto di lavoro                | <input type="checkbox"/> assistenza in ambito scolastico/Universitario |
| <input type="checkbox"/> attività sportive                             | <input type="checkbox"/> attività culturali                            |
| <input type="checkbox"/> attività di tempo libero                      | <input type="checkbox"/> viaggi  |

### Attivazione di un percorso di vita indipendente

Presenza di un assistente personale già contrattualizzato SI    NO

Attualmente beneficiario del contributo per Vita Indipendente regionale 2020 (DGR n. 1696/2018) SI    NO

### ***Azioni di cui usufruirà relativamente al progetto ministeriale:***

#### **a) MACRO AREA ASSISTENTE PERSONALE**

##### ***Assistente personale;***

- presso domicilio;
- a supporto dell'housing sociale/co-housing;
- sostegno alle attività di inclusione sociale e relazione;

**Descrizione puntuale dei compiti da assegnare all'assistente personale nel supportare la persona con disabilità in tutte le sue esigenze che possono riguardare i diversi ambiti della vita:**

**Cura della persona**

- alzarsi dal letto • uso del WC • lavarsi il viso
- lavarsi le mani • lavarsi i capelli e pettinarsi • igiene intima
- fare bagno o doccia • vestirsi o spogliarsi • assistenza notturna
- semplici interventi sanitari • gestione catetere • gestione degli ausili
- coricarsi • mangiare, bere • altro (specificare)

breve descrizione:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ambito domestico**

- pulire la casa • preparare i pasti • fare la spesa
- gestire la presenza di ospiti
- altro (specificare)

breve descrizione:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Inclusione sociale**

- accompagnamento nelle attività ricreative e di socializzazione quotidiane

Breve descrizione

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

n.....ore settimanali, per n. \_\_\_\_\_ settimanale. Totale complessivo ore \_\_\_\_\_

Periodo in cui viene realizzato l'intervento: dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_

**costo TOTALE dell'azione a) ASSISTENTE FAMILIARE per 12 mesi € \_\_\_\_\_**  
(MASSIMO € 10.000,00)

### **Assunzione dell'assistente familiare**

(barrare solo una delle due caselle)

- avvenuta in data \_\_\_\_\_ ( obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro);
- si garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare successivamente, dopola comunicazione di ammissione al contribute, da parte dell'ADS (Ambito Sociale Distrettuale).

### **b) MACRO AREA ABITARE IN AUTONOMIA**

- **Abitare in autonomia:** *housing sociale / co-housing forme di abitare*

*specificare la tipologia di spesa canone di locazione e/o piccoli adeguamenti strutturali e l'intervento richiesto:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**costo TOTALE dell'azione per 12 mesi € \_\_\_\_\_**  
( MASSIMO € 5.500,00)

### **c) MACRO AREA INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE**

#### **Attività lavorativa**

- accompagnamento presso la sede di lavoro
- utilizzando mezzi pubblici
- utilizzando mezzo messo a disposizione dal disabile

- **Assistenza in ambito lavorativo**

- per tutto l'orario di lavoro
- ad intervalli per specifiche esigenze

#### **Studio e Formazione**

- accompagnamento presso la sede di studio/formazione
- utilizzando mezzi pubblici

- utilizzando mezzo messo a disposizione dal disabile
- assistenza durante la frequenza corso di studi/corso di formazione

**Sport e tempo libero**

- accompagnamento per svolgere attività sportive (palestra, piscina.....)

breve descrizione:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Costo TOTALE dell'azione per 12 mesi €** \_\_\_\_\_ **(MASSIMO € 1.333,00)**

**d) MACRO AREA TRASPORTO SOCIALE**

• **Trasporto sociale:**

*specificare la finalità per la quale viene richiesto il servizio. Ad es. attività sportiva, culturale, salute...ecc;. nonché fabbisogno settimanale*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Fabbisogno settimanale** \_\_\_\_\_ **costo totale per 12 mesi €** \_\_\_\_\_

( MASSIMO € 1.200,00)

**e) MACRO AREA DOMOTICA**

• **Domotica:**

*specificare lo strumento richiesto e la finalità di utilizzo*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



- Si impegna** a comunicare all'ECAD LANCIANO l'eventuale ricovero del diretto interessato
- Si allegano a pena di esclusione:**

- **Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e, in caso di tutore o amministratore di sostegno, copia del documento di identità di questi ultimi;**
- **Certificazione attestante la condizione di disabilità grave, individuata ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/1992;**
- **Copia dell'Isee ordinario in corso di validità.**

**ISTANZA PROGETTO ALLEGATO A)**

•

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs..

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_