

PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDEPENDENTE
del/Ila Sig./Sig.ra

Cognome e Nome: _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Telefono _____ Mail _____

Composizione nucleo familiare

Nominaive	Grado di parentela	Data di nascita

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Studente | <input type="checkbox"/> Lavoratore |
| <input type="checkbox"/> Disoccupato/a | <input type="checkbox"/> Pensionato/a |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da solo | <input type="checkbox"/> In famiglia |
| <input type="checkbox"/> In
comunita | <input type="checkbox"/> 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/rete 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

Assistenza e cura svolta dai familiari

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 wc | <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/Università |
| <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, dopo la comunicazione di ammissione al contributo, 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

Costo totale per 12 mesi € _____

(MASSIMO € 1.333,00)

Per quanto riguarda la tipologia di intervento Domotica, l'ECAD Lanciano provvederà all'acquisto tramite mercato elettronico Mepa-Consip in tutti i casi previsti dalla normativa vigente;

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile indicare dettagliatamente le attività formulando la descrizione di una settimana tipo (es. accompagnamento al lavoro, tempo libero, igiene, pulizie, ecc.). Indicare per ogni giorno della settimana in cui si svolge l'attività prescelta, le ore necessarie al suo svolgimento.

Costo complessivo del progetto: € _____
Totale richiesta finanziamento: € _____

- 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 _____