

Allegato A)

All'Ente Ambito Territoriale Sociale n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE"

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐ Familiare

☐ Tutore

☐ Amministratore di sostegno

☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE"

a favore di: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_



# PROGETTO PERSONALIZZATO

## Composizione nucleo familiare

Nominativo

Grado di parentela

Data di nascita

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

## Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- |                                        |                                           |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Studente      | <input type="checkbox"/> Lavoratore/trice |
| <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 comunità | <input type="checkbox"/> Altro       |

## Usufruisce dei seguenti servizi:

| Tipologia                                                                     | Pub. | Pri. | Con. | Tem. | Ore settimanali |
|-------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare (AD)                 |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica                           |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata (ADI)               |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona                       |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assegno di cura                                      |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Trasporto                                            |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Buoni servizi                                        |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato |      |      |      |      |                 |

| Tipologia                                                                                                                    | Pub. | Pri. | Con. | Tem. | Ore settimanali |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Centro diurno/laboratorio                                                                           |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Inserimento lavorativo e/o formativo                                                                |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Servizio socio-assistenziale scolastico e/o servizio socio-educativo scolastico e/o extrascolastico |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Telesoccorso/teleassistenza                                                                         |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assegno di disabilità gravissima                                                                    |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Altro                                                                                               |      |      |      |      |                 |

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

### Assistenza e cura svolta dai familiari

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. In the top-left corner, there is a faint, circular embossed or stamped mark. The mark contains some text, which appears to be "COPYRIGHTED MATERIAL" around the perimeter, though it is partially cut off and difficult to read clearly. The rest of the page is blank, with no handwriting or other markings.

## Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente



### 1. Obiettivi di vita autonoma:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 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/universitario |
| <input type="checkbox"/> attività sportive                             | <input type="checkbox"/> attività culturali                            |
| <input type="checkbox"/> attività di tempo libero                      | <input type="checkbox"/> viaggi                                        |

### Assistenza personale

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

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

### Assunzione dell'assistente familiare

(barrare solo una delle due caselle)

- ☐ avvenuta in data \_\_\_\_\_ (è 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'ATS (Ambito Territoriale Sociale).

Costo complessivo del progetto: € \_\_\_\_\_

Eventuale contributo della famiglia o di terzi: € \_\_\_\_\_

Totale richiesta finanziamento: € \_\_\_\_\_

COMUNE DI CASALE NOVE PRATO, P. 0015501 del 002-101 del 21 2011-2022

- 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..

## BANCA \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

Codice IBAN :

Codice IBAN : \_\_\_\_\_

### Consenso al trattamento dei dati sensibili

(Data e firma)

