





(nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone ..... di cui con disabilità/non autosufficienza.....

**QUADRO D – CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTALE** (*barrare*)

(riferita all'abitazione nella quale si realizza il progetto)

<b>Disponibilità di un alloggio</b>	Proprietà		Affitto	Mutuo
	ERP		Usufrutto/ titolo gratuito	Altro .....
<b>Collocazione dell'abitazione</b>	Vicina ai servizi		Servizi raggiungibili con mezzi attrezzati	Servizi non raggiungibili
<b>Barriere architettoniche</b>	Assenti	Presenti	Superabili con ausili	Superabili con adeguamenti

**QUADRO E – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE**

1) Prestazioni / interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto vita indipendente a valere sul fondo regionale
- contributo per progetto InAut
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- altri contributi a valere sul Fondo Sociale Europeo Plus (specificare .....
- altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o per il caregiver familiare (specificare .....

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi): **(SI)** **(NO)** (*barrare*)

3) Frequenza centro diurno: **(SI)** **(NO)** (*barrare*)

4) Assistenza domiciliare diretta: **(SI)** **(NO)** (*barrare*)

5) Trasporto sociale: **(SI)** **(NO)** (*barrare*)

6) Inserimento permanente in una struttura residenziale: **(SI)** **(NO)** (*barrare*)

7) Altro servizio pubblico sociosanitario: **(SI)** **(NO)** (*barrare*)  
(specificare .....

## QUADRO F – ALTRE INFORMAZIONI

1) Attività lavorativa: Attuale .....  
 Progressa .....  
 Altro .....

2) Titolo di studio: .....

3) Patente di guida: (SI) (NO) (barrare)

## QUADRO G – BISOGNI DI ASSISTENZA PERSONALE

Necessita di assistente personale per le seguenti attività di vita quotidiana:

### CURA DELLA PERSONA:

Igiene personale	(SI)	(NO)	(barrare)
Funzioni fisiologiche	(SI)	(NO)	(barrare)
Abbigliamento	(SI)	(NO)	(barrare)
Alimentazione	(SI)	(NO)	(barrare)
CURA DELLA CASA	(SI)	(NO)	(barrare)
GESTIONE DEL DENARO	(SI)	(NO)	(barrare)
ASSUNZIONE MEDICINALI	(SI)	(NO)	(barrare)
DEAMBULAZIONE	(SI)	(NO)	(barrare)
SUPERVISIONE DIURNA	(SI)	(NO)	(barrare)
SUPERVISIONE NOTTURNA	(SI)	(NO)	(barrare)

Attualmente è già in essere un contratto di lavoro con un assistente personale

(SI) (NO) (barrare)

Se SI, per quante ore settimanali: |  
 per un totale di € ..... mensili lordi.

## QUADRO H – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE ECONOMICA

- di percepire:

• reddito da lavoro	(barrare)	(SI)	(NO)
• reddito da pensione	(barrare)	(SI)	(NO)
• invalidità civile	(barrare)	(SI)	(NO)
• indennità di accompagnamento	(barrare)	(SI)	(NO)
• altre indennità	(barrare)	(SI)	(NO)
• indennità di frequenza	(barrare)	(SI)	(NO)
• rendita	(barrare)	(SI)	(NO)

per un totale di euro .....

Per quanto sopra specificato,

## RICHIEDE

**un contributo per il sostegno al proprio progetto di Vita Indipendente di seguito descritto**

### QUADRO I – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

*(È possibile barrare uno o più obiettivi)*

- supporto a percorso lavorativo;
- supporto a percorso formativo;
- sostegno al ruolo genitoriale;
- percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione;
- supporto per lo svolgimento di attività sportive;
- mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria.

#### CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

##### Supporto a percorso lavorativo:

Data inizio e data fine: .....

Ente e sede: .....

Specificare:

- autonomo, dipendente, pubblico, privato: .....

- determinato, indeterminato: .....

- part time/ full time: ..... (numero ore)

##### Supporto a percorso formativo:

Data inizio e data fine: .....

Specificare tipologia, ente e sede: .....

Frequenza: ..... (numero ore, numero mesi)

Titolo finale conseguibile: .....

##### Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli .....

Età ..... con disabilità (SI) (NO) (barrare)

##### Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio: .....

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza .....

Specificare nuova condizione abitativa.....

##### Sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione:

Data inizio: .....

Durata: ..... (numero ore, numero mesi)

Tipologia di attività:.....

##### Supporto per lo svolgimento di attività sportive:

Data inizio e data fine: .....

Specificare tipologia, ente e sede: .....

Frequenza: ..... (numero ore, numero mesi)

Mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria:

Data inizio e data fine: .....

Specificare tipologia, ente e sede: .....

Frequenza: ..... (numero ore, numero mesi)

## QUADRO L – TIPOLOGIA DI SERVIZI DEL PROGETTO DI VITA

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO H, SPECIFICARE:

Assistente personale

Numero assistenti .....

Numero ore settimanali contrattualizzate .....

Stima spesa media mensile.....

Fisioterapista

Numero ore settimanali/mensili .....

Stima spesa media mensile.....

- Trasporto (barrare scelta):

Pubblico ..... stima spesa media mensile.....

Privato Sociale ..... stima spesa media mensile.....

- Attività sportiva

Numero ore settimanali/mensili .....

Stima spesa media mensile.....

**Stima spesa media mensile:** .....

**Ai fini di una corretta e completa valutazione, descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intendono raggiungere con l'attuazione del progetto:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Inoltre, sono allegati (*specificare il numero e la tipologia*):

n° |\_\_| |\_\_| allegati

Tipologia:

.....  
.....

