

Al Comune di _____

AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 23 FINO-CERRANO

PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE

del Sig.Sig.ra

Cognome e Nome: _____

Nato/a a: _____ Prov: _____ il _____

Residente a _____ Via: _____ n: _____ Cap _____

Telefono: _____ eMail: _____

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 comunità | 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

Comune di PENNA SANT' ANDREA Prot. n. 0004296 del 05-07-2024 arrivo Cat. 7 Cl. 12

Assistenza e cura svolta dai familiari

Comune di PENNA SANT' ANDREA Prot. n. 0004296 del 05-07-2024 arrivo Cat. 7 Cl. 12

Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente

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

Comune di PENNA SANT' ANDREA Prot. n. 0004296 del 05-07-2024 arrivo Cat. 7 Cl. 12

In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree

- | | | |
|---|---|--|
| <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
(DGR n. 1696/2018) SI NO

a) MACRO AREA ASSISTENTE PERSONALE

Assistente personale;

- presso domicilio;
- a supporto co-housing;

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 € _____

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: 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 € _____

- **Certificazione attestante la condizione di disabilità grave, individuata ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/1992;**
- **Copia dell'Isee sociosanitario non residenziale in corso di validità.**

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 _____ -