

- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale

(barrare) (SI) (NO) se SI:%

- diagnosi principale

Altre patologie presenti

Medico di medicina generale (cognome e nome)

Specialista di riferimento (cognome e nome)

(È possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)

QUADRO C - COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

(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)

Disponibilità di un alloggio	Proprietà		Affitto	Mutuo
	ERP		Usufrutto/ titolo gratuito	Altro
Collocazione dell'abitazione	Vicina ai servizi		Servizi raggiungibili con mezzi attrezzati	Servizi non raggiungibili
Barriere architettoniche	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
Pregressa
Altro
- 2) Titolo di studio:
- 3) Patente di guida: (SI) (NO) (barrare)

QUADRO G - BISOGNI DI ASSISTENZA PERSONALE

Necessità 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:

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| e) reddito da lavoro | (barrare) (SI) (NO) |
| f) reddito da pensione | (barrare) (SI) (NO) |
| g) invalidità civile | (barrare) (SI) (NO) |
| h) indennità di accompagnamento | (barrare) (SI) (NO) |
| i) altre indennità | (barrare) (SI) (NO) |
| j) indennità di frequenza | (barrare) (SI) (NO) |
| k) 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

Eta 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:

.....
.....

QUADRO M - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za. _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Data _____ Firma _____

OPPURE

QUADRO N - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE ¹

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del/la Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome) _____

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma _____

1 Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.