**SCHEDA PROGETTO PERSONALIZZATO PER LA VITA INDIPENDENTE**

***Annualità 2019***

***scheda situazione lavorativa-occupazionale /condizione abitava/fruizione di servizi ed interventi sociali e/o socio-sanitari***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Area**  **SOLO UNA SCELTA** | **Bisogni** | **Azioni/Interventi** | **Costi\***  *È possibile indicare il costo di ogni singola azione/ intervento* |
| **Area 1 - Assistente personale** |  | Aree di utilizzo dell’assistente personale:   * A) presso il domicilio familiare * B) a supporto dell’*housing*/*co-housin* * C) a sostegno delle attività di inclusione sociale e relazionale * D) per il trasporto sociale e in tutti i casi in cui la figura dell’assistente sia una risorsa fondamentale per la piena realizzazione del progetto di vita della persona con disabilità. |  |
|  |  |  | **TOTALE €** |
| **Area 2 - Abitare in autonomia**  **INDICARE SOLO UNA SCELTA**   * *Housing* sociale (in cui il beneficiario vive l’esperienza da solo o con la propria nuova famiglia) * *Co-housing* sociale (forme di abitare condiviso) |  | *Azioni:*   * A1) Sostegni finanziari mirati all’approccio dell’indipendenza personale ( es. compartecipazione affitto/mutuo/utenze etc.); * A2) Sostegni finanziari alla gestione dell’abitazione ( es. pulizia domestica); * A3) Sostegni finanziari per attivare e/o incentivare eventuali percorsi lavorativi, anche da remoto( es. borsa lavoro per avvio attività lavorativa, acquisto materiale che consenta l’espletamento di un eventuale smart working) |  |
|  |  |  | **TOTALE €** |
| **Area 3 - Trasporto sociale** |  | Azioni:   * Utilizzo mezzo di trasporto privato e costi di manutenzione; * B) Utilizzo dell’assistente personale ( es. per il disbrigo pratiche all’esterno); * C) Noleggio mezzi specializzati; * D) Acquisto mezzi specializzati. |  |
|  |  |  | **TOTALE €** |
| **Area 4 - Domotica**  Tali ausili non devono essere ricompresi nel SSN |  | Tipologia degli acquisti **acquisto strumentazione/software e/o ausili per favorire, anche da remoto, le seguenti azioni**   * a)l’Inclusione – interazioni con comunità fisiche e virtuali * b)Assistenza – cura personale e supporto domestico per una migliore qualità della vita * c) Protezione – sicurezza dal punto di vista fisico, psicologico e finanziari * d) Benessere – supporto per uno stile di vita salutare   *Si dichiara che tutti gli strumenti previsti da questa macro-area non riguardano alcuna voce di spesa inserita negli elenchi del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.)*   * *SI* * *No* |  |
|  |  |  | **TOTALE €** |

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SCHEDA FRUIZIONE DI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIALI E/O SOCIO SANITARI**

Il/la sottoscritto/a inoltre dichiara di usufruire dei seguenti servizi/interventi/prestazioni:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA** | **Frequenza oraria settimanale**  **(giorni e fasce orarie)** | **Tipologia Prestazioni** | **Costo ( se a carico del Comune/ contributo economico/Prestazione Sanitaria/Privata/Altro)** |
| Centro Diurno |  |  | € |
| Assistenza Domiciliare |  |  | € |
| Struttura Residenziale |  |  | € |
| Centro Sociale |  |  | € |
| Associazione |  |  |  |
| Altro |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SITUAZIONE LAVORATIVA ED OCCUPAZIONALE**

Il/la sottoscritto/a inoltre dichiara :

* di essere assunto/a in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso il seguente datore di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* tempo determinato
* tempo indeterminato
* altro specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di avere in prospettiva, l’assunzione in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso il seguente datore di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di svolgere o avere in previsione di svolgere attività di stage presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere iscritto presso Scuola /Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facoltà /Corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di frequentare il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anno di formazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di frequentare il corso di formazione professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCHEDA CONDIZIONE ABITATIVA**

**Abitazione: (Barrare con una X )**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Di proprietà * In affitto:□ *Pubblico □ Privato* * Usufrutto * Titolo gratuito * Altro | Piano | Ascensore   * Si * No | Presenza di altri familiari con disabilità all’interno dell’abitazione:  □ Si □ No  Se si descrivere il tipo di disabilità: |
| *Dislocazione abitazione sul territorio:* | Servita (mezzi pubblici, servizi vari) | Poco servita | Isolata |
| *Barriere architettoniche:* | Solo esterne | Solo interne | interne ed esterne |

**SCHEDA CONDIZIONE FAMILIARE**

**(Barrare con una X )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BUONA**  (presenza attiva di rete familiare di primo grado competente ed adeguata); | **DISCRETA**  (presenza di rete familiare di obbligati parzialmente adeguata: per motivi di lontananza, malattia, problematiche di rilievo e tali da avere ricadute significative rispetto ai bisogni della persona disabile); | **ASSENTE**  (mancanza di rete familiare o presenza di rete familiare del tutto inadeguata per motivi di significativa lontananza, malattia importante o disabilità; relazioni caratterizzate da gravi conflitti non di carattere occasionale). |

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**