**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 □ NoSe 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**