



Allegato B

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

| <p align="center">Area SOLO UNA SCELTA</p> | <p align="center">Bisogni</p> | <p align="center">Azioni/Interventi</p> | <p align="center">Costi* <i>È possibile indicare il costo di ogni singola azione/ intervento</i></p> |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <p>Area 1 - Assistente personale</p> | | <p>Aree di utilizzo dell'assistente personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A) presso il domicilio familiare <input type="checkbox"/> B) a supporto dell'<i>housing/co-housin</i> <input type="checkbox"/> C) a sostegno delle attività di inclusione sociale e relazionale <input type="checkbox"/> 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. | |
| | | | <p align="right">TOTALE €</p> |

| | | | |
|---|--|---|-----------------|
| <p>Area 2 - Abitare in autonomia</p> <p>INDICARE SOLO UNA SCELTA</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Housing</i> sociale (in cui il beneficiario vive l'esperienza da solo o con la propria nuova famiglia)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Co-housing</i> sociale (forme di abitare condiviso)</p> | | <p><i>Azioni:</i></p> <p><input type="checkbox"/> A1) Sostegni finanziari mirati all'approccio dell'indipendenza personale (es. compartecipazione affitto/mutuo/utenze etc.);</p> <p><input type="checkbox"/> A2) Sostegni finanziari alla gestione dell'abitazione (es. pulizia domestica);</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> | |
| | | | TOTALE € |
| <p>Area 3 - Trasporto sociale</p> | | <p><i>Azioni:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Utilizzo mezzo di trasporto privato e costi di manutenzione;</p> <p><input type="checkbox"/> B) Utilizzo dell'assistente personale (es. per il disbrigo pratiche all'esterno);</p> | |

| | | | |
|--|--|--|-----------------|
| | | <input type="checkbox"/> C) Noleggio mezzi specializzati; <input type="checkbox"/> 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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a)l’Inclusione – interazioni con comunità fisiche e virtuali <input type="checkbox"/> b)Assistenza – cura personale e supporto domestico per una migliore qualità della vita <input type="checkbox"/> c) Protezione – sicurezza dal punto di vista fisico, psicologico e finanziari <input type="checkbox"/> d) Benessere – supporto per uno stile di vita salutare <i>Si dichiara che tutti gli</i> | |



Allegato B

| | | | |
|--|--|---|-----------------|
| | | <p><i>strumenti previsti da questa macro-area non riguardano alcuna voce di spesa inserita negli elenchi del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>SI</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No</i></p> | |
| | | | TOTALE € |

Data _____

FIRMA _____



Allegato B

SCHEMA 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 | | | |
| | | | |



Allegato B

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)

| | | | |
|---|--|---------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> In affitto: <input type="checkbox"/> <i>Pubblico</i> <input type="checkbox"/> <i>Privato</i> <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Titolo gratuito <input type="checkbox"/> Altro | Piano | Ascensore – Si – No | Presenza di altri familiari con disabilità all'interno dell'abitazione: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si descrivere il tipo di disabilità: |
| <i>Dislocazione abitazione sul territorio:</i> | Servita (mezzi pubblici, servizi vari) | Poco servita | Isolata |
| <i>Barriere architettoniche:</i> | Solo esterne | Solo interne | interne ed esterne |



Allegato B

SCHEDA CONDIZIONE FAMILIARE

(Barrare con una X)

| | | |
|---|--|---|
| <p>BUONA</p> <p>(presenza attiva di rete familiare di primo grado competente ed adeguata);</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>DISCRETA</p> <p>(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);</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>ASSENTE</p> <p>(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).</p> <p><input type="checkbox"/></p> |
|---|--|---|

Data _____

FIRMA _____