



Allegato B

SCHEMA PROGETTO PERSONALIZZATO PER LA VITA INDIPENDENTE

Annualità 2019

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

Area SOLO UNA SCELTA	Bisogni	Azioni/Interventi	Costi* <i>È possibile indicare il costo di ogni singola azione/ intervento</i>
Area 1 - Assistente personale		Aree di utilizzo dell'assistente personale: ☐ A) presso il domicilio familiare ☐ B) a supporto dell'<i>housing/co-housing</i> ☐ 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 ☐ <i>Housing</i> sociale (in cui il beneficiario vive l'esperienza da solo o con la propria nuova famiglia) ☐ <i>Co-housing</i> sociale (forme di abitare condiviso)		<i>Azioni:</i> ☐ 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		<i>Azioni:</i> ☐ 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 <i>Si dichiara che tutti gli</i>	



Allegato B

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

Data_____

FIRMA_____



Allegato B

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			



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 _____



Allegato B

SCHEDA CONDIZIONE ABITATIVA

Abitazione: (Barrare con una X)

☐ Di proprietà ☐ In affitto: ☐ <i>Pubblico</i> ☐ <i>Privato</i> ☐ 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:
<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)

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_____