

SCHEDA PROGETTO PERSONALIZZATO PER LA VITA INDIPENDENTE

Annualità 2021

scheda situazione lavorativa-occupazionale /condizione abitava/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 la mobilità : Supporto negli spostamenti sul territorio per attività sanitarie, terapeutiche o lavorative.	
			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>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.	

☞ <i>Co-housing</i> sociale (forme di abitare condiviso)		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 per attività inerenti la soddisfazione dei bisogni del beneficiario ; ☞ B) Utilizzo dell'assistente personale (es. per il disbrigo pratiche all'esterno); ☞ C) Noleggio mezzi specializzati; ☞ Rimborso delle spese sostenute per il trasporto pubblico (es taxi, navetta, treno)	

			TOTALE €
Area 4 - Domotica Tali ausili non devono essere ricompresi nel SSN		Tipologia degli acquisti acquisto strumentazione/software: ☒ sistemi di automazione luci e apertura, sistemi di comando vocale; ☒ strumenti per la video – comunicazione remota con familiari, educatori, operatori(tablet, webcam,,software dedicati) <i>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.)</i> ☒ SI ☒ No	
			TOTALE €

Data_____

FIRMA_____

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

TIPOLOGIA	Frequenza oraria settimanale (giorni e fasce orarie)	Tipologia Prestazioni Pubblico o Privato	Costo (se a carico del Comune/ contributo economico/Prestazione Sanitaria/Privata/Altro)
Centro Diurno			€
Assistenza Domiciliare			€
Struttura Residenziale			€
Centro Sociale			€
Associazione			
Assegno di cura (ASP)			
Home care Premium			
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 di rete familiare adeguata ☐	DISCRETA presenza di genitori anziani o non autosufficienti ☐	ASSENTE Assenza di caregiver o rete familiare di riferimento ☐
---	---	--

Data_____

FIRMA_____

SCHEDA GRADO DI AUTONOMIA

(Barrare con una X)

BUONA persona in grado di compiere autonomamente gli atti della vita quotidiana <i>X</i>	PARZIALE persona in grado di compiere gli atti della vita quotidiana se supportato <i>X</i>	SCARSO persona non in grado di compiere autonomamente gli atti della vita quotidiana <i>X</i>
--	---	---