





Usufruisce dei seguenti servizi:

tipologia	pub	pri	con	tern	Ore settimanali
Servizio assistenza domiciliare (AD)					
Assistenza Infermieristica					
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)					
Trasporto					
Disponibilità di volontariato/rete familiare					
Centro diurno socio- occupazionale					
Centro riabilitativo					
Assistenza scolastica					
Servizio Educativo domiciliare (ADM)					
Telesoccorso/teleassistenza					
Assegno di cura/assegno disabilità gravissima					
Altri servizi sanitari (specificare)_____					
Dopo di noi _____					
altre forme di sostegno, per i quali l'obiettivo dell'assistenza socio-assistenziale è prevalente rispetto all'obiettivo dell' autonomia per la quale occorre la capacità di autodeterminazione. .( da specificare)_____					

Legenda: Pub.=pubblico; Pri.=privato; Con.=continuativo; Tern.= temporaneo



**Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente**

**1. Obiettivi di vita autonoma**

*Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente e che denotano la sua capacità di autodeterminazione e chiara volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte, nella consapevolezza da parte del disabile che ciò implica anche l'assunzione del ruolo di datore di lavoro del proprio assistente personale:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Azioni ed interventi richiesti:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Risultati attesi**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree***

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> alzarsi dal letto            | <input type="checkbox"/> uso del we                     | <input type="checkbox"/> lavarsi il viso       |
| <input type="checkbox"/> lavarsi le mani              | <input type="checkbox"/> lavarsi i capelli e pettinarsi | <input type="checkbox"/> igiene intima         |
| <input type="checkbox"/> fare il bagno o doccia       | <input type="checkbox"/> vestirsi o spogliarsi          | <input type="checkbox"/> assistenza notturna   |
| <input type="checkbox"/> semplici interventi sanitari | <input type="checkbox"/> gestione catetere              | <input type="checkbox"/> gestione degli ausili |
| <input type="checkbox"/> coricarsi                    | <input type="checkbox"/> mangiare, bere                 | <input type="checkbox"/> altro                 |

**Area autonomia domestica**

- pulire la casa
- preparare i pasti
- fare la spesa
- gestire la presenza di ospiti
- altro

**Area autonomia socio-lavorativa**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione | <input type="checkbox"/> guida del mezzo a disposizione                |
| <input type="checkbox"/> utilizzo dei mezzi pubblici accessibili       | <input type="checkbox"/> partecipazione attività culturali             |
| <input type="checkbox"/> attività relativa al tempo libero             | <input type="checkbox"/> disbrigo di pratiche burocratiche             |
| <input type="checkbox"/> utilizzo strumenti informatici                | <input type="checkbox"/> accompagnamento fuori casa                    |
| <input type="checkbox"/> assistenza sul posto di lavoro                | <input type="checkbox"/> assistenza in ambito scolastico/Universitario |
| <input type="checkbox"/> attività sportive                             | <input type="checkbox"/> attività culturali                            |
| <input type="checkbox"/> attività di tempo libero                      | <input type="checkbox"/> viaggi  |

**Attivazione di un percorso di vita indipendente**

Presenza di un assistente personale già contrattualizzato    SI     NO

Attualmente beneficiario del contributo per Vita Indipendente regionale  
(DGR n. 1696/2018)    SI     NO



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n.....ore settimanali, per n. \_\_\_\_\_ settimanale. Totale complessivo ore \_\_\_\_\_

Periodo in cui viene realizzato l'intervento: dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_

**costo TOTALE dell'azione a) ASSISTENTE FAMILIARE per 12 mesi € \_\_\_\_\_**

**Assunzione dell'assistente familiare**

(barrare solo una delle due caselle)

- avvenuta in data \_\_\_\_\_ (obbligatorio allegare  
copia del contratto di lavoro);
- si garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare  
successivamente, dopola comunicazione di ammissione al contribute, da parte  
dell'ADS (Ambito Sociale Distrettuale).

**b) MACRO AREA ABITARE IN AUTONOMIA**

- Abitare in autonomia:** *co-housing forme di abitare*

*specificare la tipologia di spesa canone di locazione e/o piccoli adeguamenti strutturali e l'intervento richiesto:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**costo TOTALE dell'azione per 12 mesi € \_\_\_\_\_**



- **Certificazione attestante la condizione di disabilità grave, individuata ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/1992;**
- **Copia dell'Isee sociosanitario non residenziale in corso di validità.**

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs..

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ -