

## CITTA'DI POTENZA Unità di Direzione Servizi alla Persona Ufficio Servizi Sociali

## ALLEGATO B DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Il sottoscritto					
Cognome/Nome					
nato/a il    _	a	Prov			
e residente in	Via/P.zza	n°	n°		
CAP	Tel	Cell			
Codice Fiscale:	_				
PER LA REALIZZAZIONE SEGUENTE TIPOLOGIA D	E DEL PROGETTO PER LA VI I INTEVENTO:	TA INDIPENDENTE INDIV	/IDUA LA		
<ol> <li>Favorire azioni di suppo tirocini lavorativi, all'in</li> <li>Favorire l'accessibilità</li> <li>Favorire la permanenza</li> </ol>		razione nel contesto sociale.			
NECESSITA DI ASSISTENT	TE PERSONALE PER LE SEGUEN	TI ATTIVITÀ:			
Alzarsi da letto Coricarsi Lavarsi mani e viso Lavarsi capelli e pettinarsi Uso dei servizi igienici Igiene intima Fare il bagno o la doccia Vestirsi e spogliarsi Assistenza notturna Pulire la casa Riordinare la casa Fare la spesa o acquisti Preparare i pasti Mangiare		SI  SI  SI  SI  SI  SI  SI  SI  SI  SI	NO   NO   NO   NO   NO   NO   NO   NO		
Lavare biancheria e stovigli Utilizzare strumenti inform Disbrigo pratiche burocratic Assistenza personale per lo	atici co-amministrative (banca, posta, c	SI □ SI □ SI □ SI □	NO   NO   NO   NO   NO   NO		

 $SI \square$ 

NO  $\square$ 

Assistenza personale in ambito universitario

Spostarsi in carrozzina					$\operatorname{SI}  \square$	NO $\square$	
Aiuto nel camminare	$SI \square$	NO $\square$					
Accompagnamento fuori casa	$SI \square$	NO 🗆					
Accompagnamento a visite mediche		SI 🗆	NO 🗆				
Accompagnamento a trattamenti di i		$\operatorname{SI} \square$	NO 🗆				
Accompagnamento in vacanza		$SI \square$	NO 🗆				
Guida dei mezzi a disposizione		$\operatorname{SI} \square$	NO $\square$				
Utilizzo di mezzi pubblici					SI 🗆	NO $\square$	
Scrivere		SI 🗆	NO 🗆				
Leggere					SI 🗆	NO 🗆	
Comunicare					SI 🗆	NO 🗆	
Viaggi					SI 🗆	NO 🗆	
Attività culturali					SI 🗆	NO 🗆	
Tempo libero					SI 🗆	NO 🗆	
Attività sportive					SI 🗆	NO 🗆	
Accompagnamento al lavoro					$SI \square$	$NO\square$	
Supporto all'inserimento lavorativo							
Altro							
				<del></del> -			
		<b>DICHIAR</b>	$\mathbf{A}$				
sotto la propria personale responsab		-	_	ienze civ	ili e penali o	derivanti da	
dichiarazioni false o incomplete ai s	ensi de	I D.P.K. 44	5/2000.				
Condizione Sanitaria.							
	1: 1	1'		112 4 2	2	1 11 1	
Riconoscimento della condizione						della legge	
104/1992, con decorrenza dal							
Diagnosi							
Cognome e nome del medico curant	e						
Condizione abitativa.							
L'abitazione principale è							
L'abitazione principale è ☐ Di proprietà (o con mu	ituo)						
☐ In uso gratuito	ituo)						
□ Usufrutto							
☐ In affitto							
□ Altro							
Presenta servizi igienici adeguati	□Sì	□No					
i resenta servizi igieniei adeguati	□ 51						
Presenta barriere fisiche e/o sensoriali	□ Sì	Esterne $\square$	Interne $\square$		□ No		
Note						_	
Dislocazione sul territorio rispetto a	i serviz	i pubblici (	negozi - trasp	orti – ecc	:)		

	servita		poco servita		□ isolata			
Not	e							
Situ	iazione So	ocio Familiare						
<ul><li>□ A</li><li>□ as</li><li>□ p</li></ul>	ssenza di ssenza di a resenza di	familiari conviventi familiari conviventi ıltri familiari residenti altri familiari residenti	nel Comune d	i Potenza				
	lla descrizi idenza	ione della composizion	e del nucleo fa	miliare si fa riferi	mento al nucleo ana	agrafico di		
	pporto di arentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Condizione Iavorativa	Problematiche rilevanti		
A la ann B la	a presenza j i;	colonna 6 problematiche persone anziane di età su di familiari con disabilità di minori	periore ai 65		l	I		
		"Condizione lavorativa" Lavoratore dipendente; 5						
Fru	izione di s	servizi ed interventi so	ociali e/ sanita	ri				
	entro sanit DI ervizio di a	o educativo diurno ario diurno assistenza domiciliare						

## di svolgere la seguente attività lavorativa □ lavoro dipendente presso\_\_\_\_\_ ☐ lavoro autonomo ☐ fino al \_\_\_/\_\_\_\_ Tempo determinato Tempo indeterminato ☐ di svolgere / o avere in previsione di svolgere attività di stage presso ☐di essere iscritto presso la Scuola\_\_\_\_\_ del Comune di\_\_\_\_\_\_e di frequentare il \_\_\_\_\_ di anno di formazione ☐ di essere iscritto presso l'Università di \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_e di frequentare il Facoltà / Corso \_\_\_\_\_ anno di corso di frequentare il corso di formazione professionale di Presso\_ DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE 1. Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita, situazione lavorativa o di studio

Il sottoscritto inoltre dichiara:

2.	Obiettivi di vita autonoma	
_		
-		
-		
_		
-		
-		
-		
_		
		<del></del>
2		
3.	•	
	specificare l'impiego orario settimanale, previsto per la figura di assistente personale, la contrattualizzazione della persona interessata, il profilo richiesto, le principali mansioni affida	
-		
_		
-		
_		
-		
_		
_		
4.	Tempi	
Ι	La durata del progetto è di:	
	☐ 12 mesi, dalla data di validazione dell'istanza	
Г	inferiore ai 12 mesi, <i>mesi</i>	
5.	Risorse finanziarie	
	Dettaglio delle risorse economiche necessarie alla realizzazione del Progetto:	
	pesa per la <u>contrattualizzazione di un assistente personale</u> e per i relativi oneri contributivi	
~1		
-		
-	€	
-	€	

per	la	copertura	del	quale	si	prevede	una	spesa	complessiva	per	mensilità	di	€
Poten	ıza,												
								IN FEDE (Firma del richiedente)					