

Spostarsi in carrozzina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto nel camminare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento fuori casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a visite mediche/esami clinici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a trattamenti di riabilitazione/fisioterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento in vacanza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Guida dei mezzi a disposizione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzo di mezzi pubblici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Scrivere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Leggere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Comunicare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Viaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività culturali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tempo libero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività sportive	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento al lavoro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto all'inserimento lavorativo _____		
Altro _____		

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Condizione Sanitaria.

Riconoscimento della condizione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, con decorrenza dal _____

Diagnosi _____

Cognome e nome del medico curante _____

Condizione abitativa.

L'abitazione principale è

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto
- Altro

Presenta servizi igienici adeguati Sì No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali Sì Esterne Interne No

Note _____

Dislocazione sul territorio rispetto ai servizi pubblici (negozi - trasporti - ecc)

- servita
- poco servita
- isolata

Note _____

Situazione Socio Familiare

Presenza di familiari conviventi
Assenza di familiari conviventi
assenza di altri familiari residenti nel Comune di Potenza
presenza di altri familiari residenti nel Comune di Potenza

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza

Rapporto di parentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Condizione lavorativa	Problematiche rilevanti

Indicare nella colonna 6 problematiche rilevanti con:

- A la presenza persone anziane di età superiore ai 65 anni;
- B la presenza di familiari con disabilità certificata
- C la presenza di minori

Nella colonna "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di: 1. disoccupato; 2 - Casalinga; 3 - Lavoratore autonomo; 4 - Lavoratore dipendente; 5 - inabile al lavoro; 6 - pensionato; 7 - studente; 8 - altro

Fruizione di servizi ed interventi sociali e/ sanitari

- Centro socio educativo diurno
- Centro sanitario diurno
- ADI
- Servizio di assistenza domiciliare
- Altro _____

3. Caratteristica dell'assistenza personale richiesta:

(specificare l'impiego orario settimanale, previsto per la figura di assistente personale, la forma di contrattualizzazione della persona interessata, il profilo richiesto, le principali mansioni affidatele)

4. Tempi

La durata del progetto è di:
 12 mesi, dalla data di validazione dell'istanza
 inferiore ai 12 mesi, mesi _____

5. Risorse finanziarie

Dettaglio delle risorse economiche necessarie alla realizzazione del Progetto:
spesa per la contrattualizzazione di un assistente personale e per i relativi oneri contributivi

_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____
_____	€ _____

per la copertura del quale si prevede una spesa complessiva per mensilità di €

Potenza, _____

IN FEDE
(Firma del richiedente)
