



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE 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° _____

CAP _____ Tel. _____ Cell _____

Codice Fiscale: _____

PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE INDIVIDUA LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INTEVENTO:

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie. | <input type="radio"/> |
| 2. Favorire il sostegno delle attività di inclusione sociale e relazionale. | <input type="radio"/> |
| 3. Favorire l'accessibilità e la mobilità. | <input type="radio"/> |
| 4. Favorire la permanenza presso il domicilio familiare. | <input type="radio"/> |
| 5. Favorire l'“abitare in autonomia” | <input type="radio"/> |

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 _____



REGIONE BASILICATA



COMUNE DI POTENZA

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 **

*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

**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.

Fruizione di servizi ed interventi sociali e/ sanitari

Centro socio educativo diurno

Centro sanitario diurno

ADI

Servizio di assistenza domiciliare

Altro _____

Il sottoscritto inoltre dichiara:

di svolgere la seguente attività lavorativa _____

lavoro autonomo

lavoro dipendente presso _____

Tempo determinato

fino al ___ / ___ / _____

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 _____

Facoltà / Corso _____ e di frequentare il

_____ anno di corso

di frequentare il corso di formazione professionale di _____

Presso _____

altro _____

DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

1. Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita, situazione lavorativa o di studio

2. Obiettivi di vita autonoma

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)
