



Città di Potenza

Unità di Direzione Servizi alla Persona



ALLEGATO B “AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI PER LA VITA INDIPENDENTE IN FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' FISICA, INTELLETTIVA, SENSORIALE, DI ETÀ COMPRESA TRA I 18 E I 64 ANNI”

PROGETTO PER LA 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 IDENTIFICARE LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INTERVENTO:

1. Favorire l’acquisizione e il potenziamento di autonomie.
2. Favorire il sostegno delle attività di inclusione sociale e relazionale.
3. Favorire l’accessibilità e la mobilità.
4. Favorire la permanenza presso il domicilio familiare.
5. Favorire l’ “abitare in autonomia”.

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





Città di Potenza

Unità di Direzione Servizi alla Persona



Di proprietà (o con mutuo)

In uso gratuito

Usufrutto

In affitto

Altro

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 _____

Occupazione e/o fonti di reddito

Attività precedente: _____

Attività attuale: _____

Fonte di reddito: nessuna da lavoro da pensione * altro

(*) Specificare _____

Invalidità [SI] [NO] GRADO _____

L. 104/92 [SI] [NO] GRADO _____

Indennità di accompagnamento [SI] [NO]

Reddito ISEE anno: _____ € _____

Entrate di natura assistenziale e risarcitoria quantificabili in € _____

Situazione Socio Familiare

Presenza di familiari conviventi

Assenza di familiari conviventi

Presenza di altri familiari disabili conviventi

Assenza di altri familiari residenti nel Comune di Potenza

Presenza di altri familiari residenti nel Comune di Potenza

Se sì, specificare





Città di Potenza

Unità di Direzione Servizi alla Persona



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

Capacità personale di autodeterminazione e capacità di costruire relazioni sociali

- sufficiente
 buono
 ottimo

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





Città di Potenza

Unità di Direzione Servizi alla Persona



- ADI
- Servizio di assistenza domiciliare
- Trasporto Sociale
- Progetto Home Care Premium
- Comunità alloggio per persone con disabilità psico-fisiche
- Struttura residenziale _____
- Servizio di assistenza scolastica
- Altro (ad esempio, partecipazione a progetti a valere sul fondo "Dopo di Noi" _____)

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 _____





Città di Potenza

Unità di Direzione Servizi alla Persona



DESCRIZIONE DEL PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE

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

2. Obiettivi di vita autonoma

3. Aree di intervento (rif. Art. 4 Avviso Pubblico)

(specificare l'area di intervento scelta: l'assunzione di un assistente personale, la realizzazione di forme dell'abitare quali housing e/o co-housing, la realizzazione di attività per l'inclusione sociale e relazionale oppure l'acquisto di tecnologia domotica.)

4. Impegno sottoscritto dal beneficiario e da chi ne fa le veci





Città di Potenza

Unità di Direzione Servizi alla Persona



5. Tempi. La durata del progetto è di:

- 12 mesi, dalla data di validazione dell'istanza
- inferiore ai 12 mesi, mesi _____

Potenza, __/__/____

IN FEDE (Firma del richiedente)

