



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**



<b>Rapporto di parentela</b>	<b>Nome e Cognome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Condizione lavorativa *</b>	<b>Problematiche rilevanti **</b>

**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

<b>Rapporto di parentela</b>	<b>Nome e Cognome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Condizione lavorativa *</b>	<b>Problematiche rilevanti **</b>

\*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



Ufficio Servizi Sociali - Responsabile PO Dr.ssa Rossella Bellitto

Via Nazario Sauro, Potenza - tel.: 0971.415128

email: segretariato.sociale@comune.potenza.it - PEC: servizisociali@pec.comune.potenza.it



Città di Potenza

## Unità di Direzione Servizi alla Persona



- Centro sanitario diurno
- 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 \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_



Ufficio Servizi Sociali - Responsabile PO Dr.ssa Rossella Bellitto

Via Nazario Sauro, Potenza - tel.: 0971.415128

email: segretariato.sociale@comune.potenza.it - PEC: servizisociali@pec.comune.potenza.it



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)

---

