

Fare la spesa o acquisti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preparare i pasti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavare biancheria e stoviglie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (istituto bancario, ufficio postale, anagrafe comunale, segreteria scolastica/universitaria, etc.)	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"/>
Utilizzare strumenti informatici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale per lo studio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale per frequenza corsi universitari e di formazione professionale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale nello svolgimento di attività lavorativa e/o tirocini	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale per l'inclusione socio-lavorativa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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 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"/>
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 presso barbiere/parrucchiere/estetista	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto nell'esercizio delle responsabilità genitoriali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto nella partecipazione a attività culturali e del tempo libero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto/accompagnamento nello svolgimento di attività sportive	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza nella gestione di un alloggio in autonomia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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 nel Comune di residenza
- Presenza di altri familiari nel Comune di residenza

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

Nella colonna "Problematiche rilevanti" va indicata 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)

1. Tempi

La durata del progetto è di:

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

2. 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 €

Luogo, Data

IN FEDE
(Firma del richiedente)
