

ALLEGATO B
DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL PRO.V.I. (PROGETTO DI VITA
INDIPENDENTE) ex Del. G.R. n. 758 del 16.04.2013

Il sottoscritto _____
 Nato/a _____ prov. ___ il ___/___/___/___/___/___
 e residente in _____ prov. _____
 via/p.zza _____ n. _____
 CAP _____ Tel. _____
 COD. FISC.: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

ai fini della domanda per ottenere il contributo per la vita indipendente ha definito le seguenti FINALITÀ (barrare una o più delle opzioni sotto riportate, assegnando un ordine di priorità 1,2,3,4):

- garantire le necessarie azioni di supporto per una vita personale e familiare, anche in funzione dell'esercizio delle responsabilità genitoriali e familiari nei confronti dei figli a carico e del coniuge;
- avere a disposizione il sostegno per:
- la prosecuzione dell'esperienza lavorativa e/o occupazionale in atto
 - l'avvio dell'esperienza lavorativa nell'anno in corso
- promuovere le condizioni per il diritto allo studio e il supporto necessario alla frequenza di corsi di istruzione, di corsi universitari e di corsi di formazione professionalizzanti;
- sostenere le esperienze di integrazione sociale, di partecipazione ad attività sportive, ricreative e culturali e di mantenimento (miglioramento della vita di relazione).

Ha definito, inoltre, i seguenti OBIETTIVI dando un ordine di priorità, come di seguito: (riportare l'ordine di priorità 1,2,3 come dichiarato nella domanda di contributo):

- Assistenza domiciliare (cura della persona e cura della casa), per favorire il permanere presso la propria abitazione;
- Integrazione sociale (sostegno al lavoro in essere o al lavoro in prospettiva, supporto all'integrazione scolastica e formativa, attività ricreative e di socializzazione, attività svolte in favore di iniziative solidali, ecc...);
- Accessibilità e mobilità (trasporto, accompagnamento, assistenza).

Intende avvalersi del contributo del Progetto Vita indipendente per i seguenti bisogni:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> alzarsi dal letto | <input type="checkbox"/> coricarsi |
| <input type="checkbox"/> lavarsi le mani e il viso | <input type="checkbox"/> assistenza notturna |
| <input type="checkbox"/> lavarsi i capelli e pettinarsi | <input type="checkbox"/> pulire la casa |
| <input type="checkbox"/> uso dei servizi igienici | <input type="checkbox"/> fare la spesa |
| <input type="checkbox"/> igiene intima | <input type="checkbox"/> preparazione pasti |
| <input type="checkbox"/> fare il bagno o la doccia | <input type="checkbox"/> mangiare |
| <input type="checkbox"/> vestirsi e spogliarsi | <input type="checkbox"/> bere |
| <input type="checkbox"/> gestire la presenza di ospiti | <input type="checkbox"/> Utilizzo strumenti informatici |
| <input type="checkbox"/> riordinare | |
| <input type="checkbox"/> disbrigo pratiche burocratiche | <input type="checkbox"/> attività sportive |
| <input type="checkbox"/> assistenza personale in ambiti di studio | <input type="checkbox"/> attività culturali |
| <input type="checkbox"/> assistenza personale in ambito universitario | <input type="checkbox"/> attività di tempo libero |
| <input type="checkbox"/> accompagnamento al lavoro | <input type="checkbox"/> viaggi |
| <input type="checkbox"/> aiuto sul posto di lavoro | <input type="checkbox"/> semplici interventi socio-sanitari della vita quotidiana |
| <input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina | <input type="checkbox"/> gestione degli ausili |
| <input type="checkbox"/> aiuto nel cammino | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> accompagnamento fuori casa | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> guida dei mezzi a disposizione | |
| <input type="checkbox"/> utilizzo di mezzi pubblici accessibili | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Il sottoscritto inoltre dichiara :

di essere assunto in qualità di _____ presso il seguente datore di lavoro _____

tempo determinato fino al ___/___/_____

tempo indeterminato

di avere in prospettiva, l'assunzione in qualità di _____ presso il seguente datore di lavoro _____

di svolgere/ o avere in previsione di svolgere attività di stage presso _____

di essere iscritto presso la Scuola _____
nel Comune di _____ e di frequentare il _____
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

altro _____

DESCRIZIONE DEL PRO.V.I.

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

2. Obiettivi di vita autonoma

3. Risultati attesi

4. Azioni e interventi richiesti:

5. Caratteristiche dell'assistenza personale richiesta ¹(eventuale):

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

¹ Si evidenzia che per la figura dell'assistenza personale continuativa la spesa è ammissibile solo in presenza di formale attivazione di un contratto di lavoro e sarà periodicamente oggetto di monitoraggio e verifica rispetto alla effettiva funzionalità e piena operatività della figura in relazione alla attuazione degli obiettivi del PRO.V.I..

6. Ausilii informatici e domotici richiesti (eventuale):

7. Tempi (distribuzione nel corso della giornata-tipo e nella settimana/ indicazione della durata annua)

La durata del progetto è di:

- un anno solare (dalla data di validazione dell'istanza)
- inferiore all'anno (mesi_____)

8. Risorse finanziarie²

Dettaglio delle risorse economiche necessarie alla realizzazione del Progetto:

- a. spese per acquisto di ausilii informatici a fini didattici e lavorativi
- _____ €.
- _____ €.
- _____ €.
- _____ €.
- b. spese per acquisto di ausilii domotici per l'ambiente domestico
- (domicilio principale)
- _____ €.

_____ €.
 _____ €.
 _____ €.

c. spesa per la contrattualizzazione di un assistente personale
 e per i relativi oneri contributivi (max 80% del totale Pro.V.I.)

_____ €.
 _____ €.
 _____ €.
 _____ €.

d. spesa per acquisto di servizi di trasporto a domanda

_____ €.
 _____ €.
 _____ €.
 _____ €.

e. Altre spese, purchè motivatamente connesse al perseguimento
 degli obiettivi del Pro.V.I.

_____ €.
 _____ €.
 _____ €.
 _____ €.

per la copertura del quale si prevede una spesa complessiva per mensilità di
 € _____, comprensiva anche del cofinanziamento privato e familiare.

SI ALLEGA:

All. 1 - Scheda rilevazione SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE

All. 2 - Scheda rilevazione CONDIZIONE ABITATIVA

All. 3 - Scheda FRUIZIONE DI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIALI e/o SOCIO SANITARI

Luogo e data, _____

IN FEDE
 (Firma del richiedente)

² La somma delle voci a) e b) non può superare il 30% del totale del valore del PRO.V.I..

All. 2 - Scheda rilevazione CONDIZIONE ABITATIVA

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta) <input type="checkbox"/> proprietà <input type="checkbox"/> usufrutto <input type="checkbox"/> titolo gratuito <input type="checkbox"/> altro <hr/>	In affitto da: <input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/> pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Altro <hr/>
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (una sola risposta) <i>Rispetto ai servizi pubblici (es. negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> <input type="checkbox"/> servita <input type="checkbox"/> poco servita <input type="checkbox"/> isolata Note: <hr/> <hr/> <hr/>	
BARRIERE ARCHITETTONICHE <input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> esterne <input type="checkbox"/> interne Note: <hr/>	Piano _____ Ascensore <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

All. 3 - Scheda FRUIZIONE DI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIALI e/o SOCIO SANITARI

SERVIZI UTILIZZATI		
	Frequenza oraria settimanale (giorni e fasce orarie)	Tipologia di prestazioni
Centro diurno socio-riabilitativo (ex art. 60 Reg. R. n. 4/2007)		
Centro aperto polivalente disabili		
Centro di riabilitazione sanitaria		
ADI		
SAD		
Aiuto personale		
Altro		
CONTRIBUTI ECONOMICI PERCEPITI DA REGIONE/COMUNE		
Assegno di cura	Per il periodo	importo di €
Assistenza indiretta personalizzata	Per il periodo	importo di €
Altro contributo	Per il periodo	importo di €