

**Format per il Progetto personalizzato
“Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026”
(PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027)**

Allegato B

TITOLO DELL'INTERVENTO: **Sostegni ai progetti di Vita Indipendente - anno 2026**

ENTE BENEFICIARIO: ECAD N. 14 “Alto Vastese” – Comune di Monteodorisio

PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucleo familiare

Nominativo

Grado di parentela

Data di nascita

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

<input type="checkbox"/> Studente	<input type="checkbox"/> Lavoratore/trice
<input type="checkbox"/> Disoccupato/a	<input type="checkbox"/> Pensionato/a
<input type="checkbox"/> Altro	

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

<input type="checkbox"/> Da solo	<input type="checkbox"/> In famiglia
<input type="checkbox"/> In comunità senza oneri a carico della finanza pubblica	<input type="checkbox"/> Altro

Usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare (AD)					
<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica					
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata (ADI)					
<input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona					
<input type="checkbox"/> Assegno di cura					

- Trasporto
- Buoni servizi
- Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato

Legenda: Pub.=pubblico; Pri.=privato; Con.=continuativo; Tem.=temporaneo

Assistenza e cura svolta dai familiari

Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente

1. Obiettivi di vita autonoma: _____

2. Azioni ed interventi richiesti: _____

3. Risultati attesi:

In particolare, i bisogni riguardano le seguenti aree

Area autonomia personale

<input type="checkbox"/> alzarsi dal letto	<input type="checkbox"/> uso del wc	<input type="checkbox"/> lavarsi il viso
<input type="checkbox"/> lavarsi le mani	<input type="checkbox"/> lavarsi i capelli e pettinarsi	<input type="checkbox"/> igiene intima
<input type="checkbox"/> fare il bagno o doccia	<input type="checkbox"/> vestirsi o spogliarsi	<input type="checkbox"/> assistenza notturna
<input type="checkbox"/> semplici interventi sanitari	<input type="checkbox"/> gestione catetere	<input type="checkbox"/> gestione degli ausili
<input type="checkbox"/> coricarsi	<input type="checkbox"/> mangiare, bere	<input type="checkbox"/> altro

Area autonomia domestica

<input type="checkbox"/> pulire la casa	<input type="checkbox"/> preparare i pasti	<input type="checkbox"/> fare la spesa
<input type="checkbox"/> gestire la presenza di ospiti	<input type="checkbox"/> altro	

Area autonomia socio-lavorativa

<input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione	<input type="checkbox"/> guida del mezzo a disposizione
<input type="checkbox"/> utilizzo dei mezzi pubblici accessibili	<input type="checkbox"/> partecipazione attività culturali
<input type="checkbox"/> attività relativa al tempo libero	<input type="checkbox"/> disbrigo di pratiche burocratiche
<input type="checkbox"/> utilizzo strumenti informatici	<input type="checkbox"/> accompagnamento fuori casa
<input type="checkbox"/> assistenza sul posto di lavoro	<input type="checkbox"/> assistenza in ambito scolastico/universitario
<input type="checkbox"/> attività sportive	<input type="checkbox"/> attività culturali
<input type="checkbox"/> attività di tempo libero	<input type="checkbox"/> viaggi

Assistenza personale

n. _____ ore settimanali, per n. _____ settimane. Totale complessivo ore _____

Periodo in cui viene realizzato l'intervento: dal mese di _____ al mese di _____

Assunzione dell'assistente familiare

(barrare solo una delle due caselle)

<input type="checkbox"/> avvenuta in data _____ (è obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro);
<input type="checkbox"/> si garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare successivamente, dopo la comunicazione di ammissione al contributo, da parte dell'ATS (Ambito Territoriale Sociale).

Costo complessivi del progetto: € _____

Eventuale contributo della famiglia o di terzi: € _____

Totale richiesta finanziamento: € _____

Modalità di pagamento

BANCA _____ Agenzia _____

Conto corrente n° _____ Intestato a : _____

Codice IBAN : _____

Conto Corrente Postale n° _____ intestato a _____

Codice IBAN : _____

DATA ____ / ____ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE