Al Comune di _____

AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 23 FINO-CERRANO

Il/la sottoscritto/a: Nome _____Cognome: _____

Nato/a a: _____ il:_____

Residente a:_____CAP:_____Provincia_____Via_____

Tel._____Cellulare_____

e-mail _____

Codice fiscale: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

In qualità di (barrare casella di riferimento):

- ☐ Diretto interessato
- ☐ Familiare, grado di parentela _____
- ☐ Tutore nominato con decreto n. _____del _____
- ☐ Curatore nominato con decreto n. _____ del _____
- ☐ Amministratore di sostegno nominato con decreto n._____ del_____

Presenta istanza per conto di:

(Da compilare solo se diverso da diretto interessato)

Nome:_____ Cognome: _____

Nato/a a: _____ il:_____

Residente a:_____CAP:_____Provincia_____Via_____

Tel._____Cellulare_____

e-mail_____

Codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

CHIEDE

l'assegnazione del contributo di cui al FNNA 2022-20024, "Progetto sperimentale in materia di Vita Indipendente", come specificato nel progetto a seguire.

PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE

del Sig.Sig.ra

Cognome e Nome: _____

Nato/a a: _____ Prov: _____ il _____

Residente a _____ Via: _____ n: _____ Cap _____

Telefono*:* _____ eMail*:* _____

Composizione nucleo familiare

Nominative	Grado di parentela	Data di nascita

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- ☐ Studente
- ☐ Lavoratore
- ☐ Disoccupato/a
- ☐ Pensionato/a
- ☐ Altro_____

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- ☐ Da solo
- ☐ In famiglia
- ☐ In comunità
- ☐ Altro_____

Usufruisce dei seguenti servizi:

tipologia	pub	pri	con	tern	Ore settimanali
Servizio assistenza domiciliare (AD)					
Assistenza Infermieristica					
Assistenza Domicilire Integrata (ADI)					
Trasporto					
Disponibilità di volontariato/rete familiare					
Centro diurno socio- occupazionale					
Centro riabilitativo					
Assistenza scolastica					
Servizio Educativo domiciliare (ADM)					
Telesoccorso/teleassistenza					
Assegno di cura/assegno disabilità gravissima					
Altri servizi sanitari (specificare)_____					
Dopo di noi_____					
altre forme di sostegno, per i quali l'obiettivo dell'assistenza socio-assistenziale è prevalente rispetto all'obiettivo dell' autonomia per la quale occorre la capacità di autodeterminazione. .(da specificare)_____					

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

Assistenza e cura svolta dai familiari

Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente

1. Obiettivi di vita autonoma

Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente e che denotano la sua capacità di autodeterminazione e chiara volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte, nella consapevolezza da parte del disabile che ciò implica anche l'assunzione del ruolo di datore di lavoro del proprio assistente personale:

2. Azioni ed interventi richiesti:

3. Risultati attesi

In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree

- □ alzarsi dal letto
- □ lavarsi le mani
- □ fare il bagno o doccia
- □ semplici interventi sanitari
- □ coricarsi
- □ uso del we
- □ lavarsi i capelli e pettinarsi
- □ vestirsi o spogliarsi
- □ gestione catetere
- □ mangiare, bere
- □ lavarsi ii viso
- □ igiene intima
- □ assistenza notturna
- □ gestione degli ausili
- □ altro

Area autonomia domestica

- □ pulire la casa
- □ preparare i pasti
- □ fare la spesa
- □ gestire la presenza di ospiti
- □ altro

Area autonomia socio-lavorativa

- □ spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione
- □ utilizzo dei mezzi pubblici accessibili
- □ attivita relativa al tempo libero
- □ utilizzo strumenti informatici
- □ assistenza sul posto di lavoro
- □ attivita sportive
- □ attivita di tempo libero
- □ guida del mezzo a disposizione
- □ partecipazione attivita culturali
- □ disbrigo di pratiche burocratiche
- □ accompagnamento fuori casa
- □ assistenza in ambito scolastico/Universitario
- □ attivita culturali
- □ viaggi

Attivazione di un percorso di vita indipendente

Presenza di un assistente personale già contrattualizzato SI ☐ NO ☐

Attualmente beneficiario del contributo per Vita Indipendente regionale (DGR n. 1696/2018) SI ☐ NO ☐

Azioni di cui usufruirà relativamente al progetto ministeriale:

a) MACRO AREA ASSISTENTE PERSONALE

Assistente personale*;*
□ *presso domicilio;*
□ *a supporto co-housing;*

Descrizione puntuale dei compiti da assegnare all'assistente personale nel supportare la persona con disabilità in tutte le sue esigenze che possono riguardare i diversi ambiti della vita:

Cura della persona
□ alzarsi dal letto □ uso del WC □ lavarsi il viso
□ lavarsi le mani □ lavarsi i capelli e pettinarsi □ igiene intima
□ fare bagno o doccia □ vestirsi o spogliarsi □ assistenza notturna
□ semplici interventi sanitari □ gestione catetere □ gestione degli ausili
□ coricarsi □ mangiare, bere □ altro (specificare)

breve descrizione:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ambito domestico
□ pulire la casa □ preparare i pasti □ fare la spesa
□ gestire la presenza di ospiti
□ altro (specificare)
breve descrizione:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Inclusione sociale
□ accompagnamento nelle attività ricreative e di socializzazione quotidiane
Breve descrizione

_____
_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

n.....ore settimanali, per n._____settimanale. Totale complessivo ore_____

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

costo TOTALE dell'azione a) ASSISTENTE FAMILIARE per 12 mesi € _____

Assunzione dell'assistente familiare

(barrare solo una delle due caselle)

- ☐ avvenuta in data_____(obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro);

- ☐ si garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare successivamente, dopola comunicazione di ammissione al contribute, da parte dell'ADS (Ambito Sociale Distrettuale).

b) MACRO AREA ABITARE IN AUTONOMIA

☐ ***Abitare in autonomia****: co-housing forme di abitare*

specificare la tipologia di spesa canone di locazione e/o l'intervento richiesto:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

costo TOTALE dell'azione per 12 mesi €_____

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile indicare dettagliatamente le attività formulando la descrizione di una settimana tipo (*es. accompagnamento al lavoro, tempo libero, igiene, pulizie, ecc.). Indicare per ogni giorno della settimana in cui si svolge l'attività prescelta, le ore necessarie al suo svolgimento.*

Attività	**Settimana tipo**						
	lunedì	**martedì**	**mercoledì**	**giovedì**	**venerdì**	**sabato**	**domenica**

Costo ***complessivo*** del progetto: €_____

Totale richiesta finanziamento: € _____

- **Si impegna** a comunicare all'ECAD Fino Cerrano l'eventuale ricovero del diretto interessato
- **Si allegano a pena di esclusione:**

  - **Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario-richiedente e, in caso di tutore o amministratore di sostegno, copia del documento di identità anche di quest' ultimo se sottoscrittore dell'istanza;**

- **Certificazione attestante la condizione di disabilità grave, individuata ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/1992;**
- **L’utente deve essere munito di Isee sociosanitario non residenziale in corso di validità.**

Consapevole delle responsabilita penali a cui puo andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonche della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs..

Data _____

Firma _____-