

PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE

Struttura (Unità multidisciplinare/multiprofessionale): _____

Responsabile (Nome e Cognome): _____

Telefono _____ Mail _____

Referente Progetto (Nome e Cognome): _____

Telefono _____ Mail _____

PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE del/lla Sig./Sig.ra

Cognome e Nome: _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Telefono _____ Mail _____

CONDIZIONE ATTUALE

▪ **Tipologia Disabilità**

Fisica

Intellettiva

Sensoriale

Psicica

Altro (specificare) _____

▪ **Livello di intensità assistenziale secondo la Scala di “Barthel Index Modificato” (BIM)**

livello basso

livello medio

livello alto

livello molto alto

▪ **Formazione scolastica**

Frequenza di un corso di studio SI NO

Se sì, presso: _____

Specificare tipo di percorso di studio _____

In possesso di: licenza elementare licenza media diploma scuola superiore laurea

▪ **Situazione lavorativa**

Svolge attività lavorativa SI NO

Se si, quale: _____

Specificare tipologia contratto _____

Sede di lavoro _____

▪ **Composizione del nucleo familiare**

Cognome	Nome	Relazione	Data di nascita	Lavoro/Disoccupato/Pensionato

Specificare e descrivere la presenza di familiari conviventi in età avanzata e/o in precarie condizioni di salute certificate:

▪ **Attivazione di un percorso di vita indipendente**

Presenza di un assistente personale già contrattualizzato SI NO

Attualmente beneficiario del contributo per Vita Indipendente regionale 2019(DGR n. 1696/2018) SI NO

Avviato percorso di vita indipendente fin dalla prima sperimentazione regionale (DGR n. 831/2007) SI NO

Avviato percorso di vita indipendente dal 2012 (DGR n. 496/2012) SI NO

Avviato percorso di vita indipendente dal 2018 (DGR n. 1360/2017) SI NO

Mai avviato un percorso di vita indipendente con la progettualità regionale ma ha partecipato per almeno una annualità alla sperimentazione ministeriale per la vita indipendente SI NO

▪ **Eventuali altri servizi/interventi/prestazioni di cui usufruisce la persona con disabilità:**

Tipologia	Ore settimanali
<input type="checkbox"/> Servizio di assistenza domiciliare	
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	
<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica	
<input type="checkbox"/> Tirocini di Inclusione Sociale (TIS) o altre tipologie di tirocini	
<input type="checkbox"/> Centro diurno	
<input type="checkbox"/> Trasporto	
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato	
<input type="checkbox"/> Contributo disabilità gravissimi	
<input type="checkbox"/> Contributo malati di SLA	
<input type="checkbox"/> Assegno di cura	
<input type="checkbox"/> Altro	

1. Descrizione della condizione di disabilità e del livello di autonomia personale anche in relazione al contesto familiare e ambientale:

2. 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:

3. Descrizione degli obiettivi da raggiungere attraverso il Piano personalizzato di Vita Indipendente ovvero il miglioramento della vita rispetto ai seguenti otto domini: 1) Benessere Fisico; 2) Benessere Materiale; 3) Benessere Emozionale; 4) Autodeterminazione; 5) Sviluppo Personale; 6) Relazioni Interpersonali; 7) Inclusione Sociale; 8) Diritti ed Empowerment:

4. Azioni di cui usufruirà relativamente al progetto ministeriale:

- Assistente personale;**
 presso domicilio;
 a supporto dell'housing sociale/co-housing;

N. di ore settimanali di assistenza personale assegnate: _____

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		
<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 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 (specificare)

breve descrizione:

Ambito domestico		
<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 (specificare)	

breve descrizione:

Attività lavorativa	
<input type="checkbox"/> accompagnamento presso la sede di lavoro ○utilizzando mezzi pubblici ○utilizzando mezzo messo a disposizione dal disabile	<input type="checkbox"/> assistenza in ambito lavorativo ○per tutto l'orario di lavoro ○ad intervalli per specifiche esigenze

breve descrizione:

Studio e Formazione	
<input type="checkbox"/> accompagnamento presso la sede di studio/formazione ○utilizzando mezzi pubblici ○utilizzando mezzo messo a disposizione dal disabile	<input type="checkbox"/> assistenza durante la frequenza corso di studi/corso di formazione

breve descrizione:

Abitare in autonomia:
specificare la tipologia di spesa canone di locazione e/o piccoli adeguamenti strutturali:

Trasporto sociale:
specificare la finalità per la quale viene richiesto il servizio. Ad es. attività sportiva, culturale, salute...ecc;. nonché fabbisogno settimanale

Fabbisogno settimanale N. ore _____

Domotica:
specificare lo strumento richiesto e la finalità di utilizzo

Data _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO COINVOLTO NELLA SPERIMENTAZIONE _____

FIRMA TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO _____

FIRMA REFERENTE
UNITA' MULTIDISCIPLINARE/MULTIPROFESSIONALE _____