

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

TITOLO DELL'INTERVENTO: **Sostegni ai progetti di Vita Indipendente - anno 2026**  
ENTE BENEFICIARIO: ECAD N. \_\_\_\_\_

**PROGETTO PERSONALIZZATO**

**Composizione nucleo familiare**

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto**

- Studente
- Disoccupato/a
- Altro
- Lavoratore/trice
- Pensionato/a

**Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:**

- Da solo
- In famiglia
- In comunità senza oneri a carico della finanzia pubblica
- Altro

**Usufruisce dei seguenti servizi:**

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
• Servizio assistenza domiciliare (AD)					
• Assistenza infermieristica					
• Assistenza domiciliare integrata (ADI)					
• Servizio di aiuto alla persona					
• Assegno di cura					

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

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**

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

**Area autonomia domestica**

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

**Area autonomia socio-lavorativa**

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

- avvenuta in data \_\_\_\_\_ (è obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro);
- 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