

**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 finanza 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					



Cofinanziato
dall'Unione europea



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

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
• Centro diurno/laboratorio					
• Inserimento lavorativo e/o formativo					
• Servizio socio-assistenziale scolastico e/o servizio socio-educativo scolastico e/o extrascolastico					
• Telesoccorso/teleassistenza					
• Assegno di disabilità gravissima					
• Altro					

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

Assistenza e cura svolta dai familiari



**Cofinanziato
dall'Unione europea**



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).



Cofinanziato
dall'Unione europea



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