

**PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE**  
(ai sensi della DGR n. 1696/2018)

**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" (B**

- livello basso
- livello medio
- livello alto
- livello molto alto

▪ **Formazione scolastica**

Frequenza di un corso di studio    SI    NO

Se si, presso: \_\_\_\_\_

Specificare tipo di percorso di studio \_\_\_\_\_

In possesso di: liceo  elementare    liceo  media    diplom  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

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

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

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**

2. **Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente 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: 6) Relazioni Interpersonali; 7) Inclusione Sociale; 8) Diritti ed Empowerment:**

4. **Descrizione puntuale dei compiti da assegnare all'assistente personale nel supportare la persona con disabilità**

<b>Cura della persona</b>		
<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: \_\_\_\_\_

<b>Ambito domestico</b>		
<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<br>○utilizzando mezzi pubblici<br>○utilizzando mezzo messo a disposizione dal disabile | <input type="checkbox"/> assistenza in ambito lavorativo<br>○per tutto l'orario di lavoro<br>○ad intervalli per specifiche esigenze |
|--|---|

breve descrizione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Studio e Formazione

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

breve descrizione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Attività ricreative e sportive** (breve descrizione): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Partecipazione alla vita sociale, civile e di comunità**(breve descrizione): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***In relazione alle azioni sopra descritte, indicare uno solo degli ambiti in cui l'assistente personale viene maggiormente coinvolto:***

- Cura della persona
- Ambito domestico
- Attività lavorativa
- Studio e Formazione
- Attività ricreative e sportive
- Partecipazione alla vita sociale, civile e di comunità

**5. Numero di ore di assistenza personale settimanali necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di vita:**

(da compilare da parte del richiedente sulla base delle ore di assistenza personale indicate come necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di vita indipendente)

**Budget di progetto annuale riferito alle spese per l'assistente personale**

Stipendio complessivo annuale: € \_\_\_\_\_

Contributi previdenziali e assicurativi annuali: € \_\_\_\_\_

Spese costi amministrativi derivanti dalla gestione del contratto di lavoro: € \_\_\_\_\_

**TOTALE €** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

FIRMA TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO \_\_\_\_\_

FIRMA REFERENTE  
UNITA' MULTIDISCIPLINARE/MULTIPROFESSIONALE \_\_\_\_\_