



COMUNE DI NOLA
Provincia di Napoli



Ufficio di Piano

ALLEGATO A

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL PRO.V.I. (PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE)
*D.D.n.669 del 28/12/2018 e D.D.n.138 del 04/04/2019 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali -
"Progetti Sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità"*

Il sottoscritto _____

Nato/a _____ prov. ____ il ____/____/____ (gg.mm.aaaa)

e residente in _____ prov. _____

via/p.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

E-mail _____

COD. FISC.: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

QUADRO A1- GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA (SOLO nel caso in cui la domanda è presentata da una persona diversa dal beneficiario - padre, madre, fratello/sorella, amministratore di sostegno ecc.)

COGNOME E NOME

In qualità di (padre, madre, fratello/sorella, amministratore di sostegno ecc.) del sotto indicato richiedente:

Cognome e

Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

e residente

in _____

via/p.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice fiscale: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Stato civile _____ cittadinanza _____

Estremi del documento di identità:

tipo _____ n. _____

ai fini della domanda per ottenere il contributo per la vita indipendente si indicano le seguenti FINALITÀ (barrare una o più delle opzioni sotto riportate, assegnando un ordine di priorità 1,2,3,4):

- garantire le necessarie azioni di supporto per una vita personale e familiare, anche in funzione dell'esercizio delle responsabilità genitoriali e familiari nei confronti dei figli a carico e del coniuge;
- avere a disposizione il sostegno per:
 - la prosecuzione dell'esperienza lavorativa e/o occupazionale in atto
 - l'avvio dell'esperienza lavorativa nell'anno in corso
- promuovere le condizioni per il diritto allo studio e il supporto necessario alla frequenza di corsi di istruzione, di corsi universitari e di corsi di formazione professionalizzanti;
- sostenere le esperienze di integrazione sociale, di partecipazione ad attività sportive, ricreative e culturali e di mantenimento (miglioramento della vita di relazione);

Si indicano, inoltre, i seguenti OGGETTIVI dando un ordine di priorità: (riportare l'ordine di priorità 1,2,3 come dichiarato nella domanda di contributo):

- Assistenza domiciliare (cura della persona e cura della casa), per favorire il permanere presso la propria abitazione;
- Integrazione sociale (sostegno al lavoro in essere o al lavoro in prospettiva, supporto all'integrazione scolastica e formativa, attività ricreative e di socializzazione, attività svolte in favore di iniziative solidali, ecc...);
- Accessibilità e mobilità (per trasporto, accompagnamento, assistenza).

Precisare se intende avvalersi del contributo del Progetto Vita indipendente per i seguenti bisogni:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> alzarsi dal letto | <input type="checkbox"/> coricarsi |
| <input type="checkbox"/> lavarsi le mani e il viso | <input type="checkbox"/> assistenza notturna |
| <input type="checkbox"/> lavarsi i capelli e pettinarsi | <input type="checkbox"/> pulire la casa |
| <input type="checkbox"/> uso dei servizi igienici | <input type="checkbox"/> fare la spesa |
| <input type="checkbox"/> igiene intima | <input type="checkbox"/> preparazione pasti |
| <input type="checkbox"/> fare il bagno o la doccia | <input type="checkbox"/> mangiare |
| <input type="checkbox"/> vestirsi e spogliarsi | <input type="checkbox"/> bere |
| <input type="checkbox"/> gestire la presenza di ospiti | <input type="checkbox"/> Utilizzo strumenti informatici |
| <input type="checkbox"/> riordinare | |
| <input type="checkbox"/> disbrigo pratiche burocratiche | <input type="checkbox"/> utilizzo di mezzi pubblici accessibili |
| <input type="checkbox"/> assistenza personale in ambiti di studio | <input type="checkbox"/> attività sportive |
| <input type="checkbox"/> assistenza personale in ambito universitario | <input type="checkbox"/> attività culturali |
| <input type="checkbox"/> accompagnamento al lavoro | <input type="checkbox"/> attività di tempo libero |
| <input type="checkbox"/> aiuto sul posto di lavoro | <input type="checkbox"/> viaggi |
| <input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina | <input type="checkbox"/> semplici interventi socio-sanitari della vita quotidiana |
| <input type="checkbox"/> aiuto nel cammino | <input type="checkbox"/> gestione degli ausili |
| <input type="checkbox"/> accompagnamento fuori casa | |
| <input type="checkbox"/> guida dei mezzi a disposizione | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Il sottoscritto inoltre dichiara:

di essere assunto in qualità di _____ presso il seguente datore di lavoro _____

tempo determinato fino al ___/___/_____

tempo indeterminato

di avere in prospettiva, l'assunzione in qualità di _____ presso il seguente datore di lavoro _____

di svolgere/ o avere in previsione di svolgere attività di stage presso _____

di essere iscritto presso la Scuola _____ nel Comune di _____ e di frequentare il _____ anno di formazione

di essere iscritto presso l'Università di _____

Facoltà /Corso _____ e di frequentare il _____
anno di corso

di frequentare il corso di formazione professionale di _____

altro _____

DESCRIZIONE DEL PRO.V.I.

1. Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita, situazione lavorativa o di studio

2.Obiettivi di vita autonoma

3. Risultati attesi

4. Azioni e interventi richiesti:

5. Caratteristiche dell'assistenza personale richiesta:

(specificare l'impiego orario di massima, giornaliero e settimanale, previsto per la figura di assistente personale, la forma di contrattualizzazione della persona interessata, il profilo professionale richiesto, le principali mansioni affidatele)

6. Tempi (distribuzione nel corso della giornata-tipo e nella settimana/ indicazione della durata annua) :

SI ALLEGA:

All. A1 - Scheda rilevazione SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE

All. A2 - Scheda rilevazione CONDIZIONE ABITATIVA

All. A3 - Scheda FRUIZIONE DI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIALI e/o SOCIO SANITARI

- Documento di riconoscimento
- ISEE in corso di validità

Luogo e data, _____

IN FEDE
(Firma del richiedente / beneficiario)

All. A1 - Scheda rilevazione SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza e alle persone della famiglia allargata con cui sono in essere stabili relazioni di reciprocità

Nome e cognome del richiedente il PRO.V.I. _____

Rapporto di parentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Condizione lavorativa	Comune di residenza	Problematiche rilevanti

Indicare nella colonna 6 *problematiche rilevanti* con:

A la presenza persone anziani non autosufficienti e/o con malattie degenerative o croniche;

B la presenza di adulti disabili o con patologie degenerative e croniche

C la presenza di minori con necessità di cure particolari

Nella colonna "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di: 1. disoccupato; 2 - Casalinga; 3 - Lavoratore autonomo; 4 - Lavoratore dipendente; 5 - inabile al lavoro; 6 - pensionato; 7 - studente; 8 - altro

All. A2 - Scheda rilevazione CONDIZIONE ABITATIVA

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta) <input type="checkbox"/> proprietà <input type="checkbox"/> usufrutto <input type="checkbox"/> titolo gratuito <input type="checkbox"/> altro _____	In affitto da: <input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/> pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Altro _____
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (una sola risposta) <i>Rispetto ai servizi pubblici (es. negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> <input type="checkbox"/> servita <input type="checkbox"/> poco servita <input type="checkbox"/> isolata Note: _____ _____ _____	
BARRIERE ARCHITETTONICHE <input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> esterne <input type="checkbox"/> interne Note: _____	Piano _____ Ascensore <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

All. A3 - Scheda FRUIZIONE DI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIALI e/o SOCIO SANITARI

SERVIZI UTILIZZATI		
	Frequenza oraria settimanale (giorni e fasce orarie)	Tipologia di prestazioni
Centro diurno Socio-Sanitario		
Centro polivalente disabili		
Centro di riabilitazione sanitario		
ADI		
SAD		
Altro		

PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE	ANNUALITÀ
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

CONTRIBUTI ECONOMICI PERCEPITI DA REGIONE/COMUNE		
Assegno di cura	Per il periodo	importo di €
Assistenza indiretta personalizzata	Per il periodo	importo di €
Altro contributo	Per il periodo	importo di €