



COMUNE DI NOLA
Provincia di Napoli



Ufficio di Piano

ALLEGATO A

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL PRO.V.I. (PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE)

D.P.C.M. del 21 Novembre 2019, adottato su proposta del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze -

"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 (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 ha definito 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);

Ha definito, inoltre, i seguenti OGGETTIVI dando un ordine di priorità, come di seguito: (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).

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"/> assistenza personale in ambito universitario |
| <input type="checkbox"/> assistenza personale in ambiti di studio | <input type="checkbox"/> accompagnamento al lavoro |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> aiuto sul posto di lavoro | <input type="checkbox"/> attività culturali |
| <input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina | <input type="checkbox"/> attività di tempo libero |
| <input type="checkbox"/> aiuto nel cammino | <input type="checkbox"/> viaggi |
| <input type="checkbox"/> accompagnamento fuori casa | <input type="checkbox"/> semplici interventi socio-sanitari della vita quotidiana |
| <input type="checkbox"/> guida dei mezzi a disposizione | <input type="checkbox"/> gestione degli ausili |
| <input type="checkbox"/> utilizzo di mezzi pubblici accessibili | |
| <input type="checkbox"/> attività sportive | |
| <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)
