

**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.16 METROPOLITANO

PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucleo familiare

Nominativo

Grado di parentela

Data di nascita

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

Studente

Lavoratore/trice

Disoccupato/a

Pensionato/a

Altro

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

Area autonomia domestica

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

Area autonomia socio-lavorativa

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