



Cofinanziato  
dall'Unione europea



**ALLEGATO B2**

**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. 2 MARSICA

**PROGETTO PERSONALIZZATO**

**Composizione nucleo familiare**

Nominativo

Grado di parentela

Data di nascita


**Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Studente      | <input type="checkbox"/> Lavoratore/trice |
| <input type="checkbox"/> Disoccupato/a | <input type="checkbox"/> Pensionato/a     |
| <input type="checkbox"/> Altro         |   |

**Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da solo  | <input type="checkbox"/> In famiglia |
| <input type="checkbox"/> In comunità senza oneri a carico della<br>finanza pubblica | <input type="checkbox"/> Altro       |

**Usufruisce dei seguenti servizi:**

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare (AD)					
<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica					
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata (ADI)					
<input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona					
<input type="checkbox"/> Assegno di cura					




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

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

### Assistenza e cura svolta dai familiari

[illegible]



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:**

---

---

---

---

---



Cofinanziato  
dall'Unione europea



**In particolare, i bisogni riguardano le seguenti aree**

**Area autonomia personale**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <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 il 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                 |

**Area autonomia domestica**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <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             |  |

**Area autonomia socio-lavorativa**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione | <input type="checkbox"/> guida del mezzo a disposizione                |
| <input type="checkbox"/> utilizzo dei mezzi pubblici accessibili       | <input type="checkbox"/> partecipazione attività culturali             |
| <input type="checkbox"/> attività relativa al tempo libero             | <input type="checkbox"/> disbrigo di pratiche burocratiche             |
| <input type="checkbox"/> utilizzo strumenti informatici                | <input type="checkbox"/> accompagnamento fuori casa                    |
| <input type="checkbox"/> assistenza sul posto di lavoro                | <input type="checkbox"/> assistenza in ambito scolastico/universitario |
| <input type="checkbox"/> attività sportive                             | <input type="checkbox"/> attività culturali                            |
| <input type="checkbox"/> attività di tempo libero                      | <input type="checkbox"/> 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