

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

☐ 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					



- ☐ Trasporto
- ☐ Buoni servizi
- ☐ Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato

[illegible]

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

Assistenza e cura svolta dai familiari

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

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

(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).

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