



Cofinanziato
dall'Unione europea



**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.

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 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					



Cofinanziato
dall'Unione europea



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

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



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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> alzarsi dal letto
<input type="checkbox"/> lavarsi le mani
<input type="checkbox"/> fare il bagno o doccia
<input type="checkbox"/> semplici interventi sanitari
<input type="checkbox"/> coricarsi | <input type="checkbox"/> uso del wc
<input type="checkbox"/> lavarsi i capelli e pettinarsi
<input type="checkbox"/> vestirsi o spogliarsi
<input type="checkbox"/> gestione catetere
<input type="checkbox"/> mangiare, bere | <input type="checkbox"/> lavarsi il viso
<input type="checkbox"/> igiene intima
<input type="checkbox"/> assistenza notturna
<input type="checkbox"/> gestione degli ausili
<input type="checkbox"/> altro |
|--|---|--|

Area autonomia domestica

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> pulire la casa
<input type="checkbox"/> gestire la presenza di ospiti | <input type="checkbox"/> preparare i pasti
<input type="checkbox"/> altro | <input type="checkbox"/> fare la spesa |
|---|--|--|

Area autonomia socio-lavorativa

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