



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 |

- aiuto sul posto di lavoro
- spostarsi in carrozzina
- aiuto nel cammino
- accompagnamento fuori casa
- guida dei mezzi a disposizione
- utilizzo di mezzi pubblici accessibili
- attività sportive
- Altro _____
- attività culturali
- attività di tempo libero
- viaggi
- semplici interventi socio-sanitari della vita quotidiana
- gestione degli ausili

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:

COMUNE DI NOLA
Protocollo Partenza N. 13021/2023 del 27-02-2023
Allegato 1 - Copia Documento

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)

All. A1 - Scheda rilevazione SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza e alle persone della famiglia allargata con cui sono in essere stabili relazioni di reciprocità

Nome e cognome del richiedente il PRO.V.I. _____

| Rapporto di parentela | Nome e Cognome | Data di nascita | Condizione lavorativa | Comune di residenza | Problematiche rilevanti |
|-----------------------|----------------|-----------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Indicare nella colonna 6 *problematiche rilevanti* con:

A la presenza persone anziani non autosufficienti e/o con malattie degenerative o croniche;

B la presenza di adulti disabili o con patologie degenerative e croniche

C la presenza di minori con necessità di cure particolari

Nella colonna "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di: 1. disoccupato; 2 - Casalinga; 3 - Lavoratore autonomo; 4 - Lavoratore dipendente; 5 - inabile al lavoro; 6 - pensionato; 7 - studente; 8 – altro

All. A2 - Scheda rilevazione CONDIZIONE ABITATIVA

COMUNE DI NOLA
Protocollo Partenza N. 13021/2023 del 27-02-2023
Allegato 1 - Copia Documento

| SITUAZIONE ABITATIVA | |
|--|---|
| TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta) <input type="checkbox"/> proprietà <input type="checkbox"/> usufrutto <input type="checkbox"/> titolo gratuito <input type="checkbox"/> altro _____ | In affitto da: <input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/> pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Altro _____ |
| DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (una sola risposta) <i>Rispetto ai servizi pubblici (es. negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> <input type="checkbox"/> servita <input type="checkbox"/> poco servita <input type="checkbox"/> isolata Note: _____ _____ _____ | |
| BARRIERE ARCHITETTONICHE <input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> esterne <input type="checkbox"/> interne Note: _____ | Piano _____ Ascensore <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |

All. A3 - Scheda FRUIZIONE DI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIALI e/o SOCIO SANITARI

| SERVIZI UTILIZZATI | | |
|------------------------------------|---|--------------------------|
| | Frequenza oraria settimanale (giorni e fasce orarie) | Tipologia di prestazioni |
| Centro diurno Socio-Sanitario | | |
| Centro polivalente disabili | | |
| Centro di riabilitazione sanitario | | |
| ADI | | |
| SAD | | |
| Altro | | |

| | |
|---|------------------|
| PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE | ANNUALITÀ |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

| CONTRIBUTI ECONOMICI PERCEPITI DA REGIONE/COMUNE | | |
|--|----------------------|--------------------|
| Assegno di cura | Per il periodo | importo di € |
| Assistenza indiretta personalizzata | Per il periodo | importo di € |
| Altro contributo | Per il periodo | importo di € |