

PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE – ANNO _____

Relativo al Sig. – Sig.ra			
Nata/o a		Il	
Residente a			
Via e nr. civico			

Persona di riferimento			
Rapporto con l'interessato			
Residente a			
Via e nr. civico			
E-mail			
Telefono		Cell.	

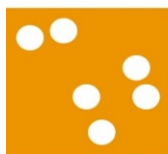
Amministratore di Sostegno			
Rapporto con l'interessato			
E-mail			
Telefono		Cell.	

1. Domanda espressa

1. Motivazioni della richiesta di attivazione di una progettualità di vita indipendente

2. Esito della valutazione preliminare

2.1. Analisi del contesto personale, familiare e ambientale



La persona ha una disabilità:

- ☐ fisica ☐ intellettiva ☐ fisica e intellettiva
☐ altro (specificare): _____

La persona:

☐ non frequenta servizi diurni

☐ frequenta i seguenti servizi diurni:

- ☐ CDD ☐ CSE ☐ SFA ☐ Altro servizio

Denominazione servizio _____

Frequenza: _____

Con sede a _____

La persona:

☐ non beneficia di servizi domiciliari

☐ beneficia di servizi domiciliari

- ☐ SAD ☐ TRASPORTO ☐ PASTI ☐ Altro servizio

Denominazione servizio _____

Frequenza _____

2.2. Valutazione

Valutazione effettuata in data: _____

Punteggio ADL: ____ / 6 Limitazioni nelle attività quotidiane: _____

Punteggio IADL: ____ / 8 Limitazioni nelle attività strumentali: _____

Valutazione sociale: ____ / 80 Criticità: _____

ESITO VALUTAZIONE:

3. Descrizione del Progetto: Soggetti coinvolti - Obiettivi - Tempi

MACRO AREA D'INTERVENTO

☐ AREA ASSISTENTE PERSONALE (*barrare il tipo di contributo richiesto*)

- ☐ SPESE PER ASSISTENTE PERSONALE ASSUNTO DIRETTAMENTE DAL BENEFICIARIO:
contributo riconosciuto fino a un massimo di € 4.800 per assistente personale a tempo pieno e/o convivente

- ☐ SPESE PER ACQUISTARE ORE DI ASSISTENTE PERSONALE DA ENTE TERZO O OPERATORE PROFESSIONALE:
contributo riconosciuto fino a un massimo di € 2.400 per assistente personale a tempo parziale (minimo 20 ore/settimana)

- ☐ AREA ABITARE IN AUTONOMIA (*barrare il tipo di contributo richiesto*)
- ☐ SPESE DI HOUSING E COHOUSING: contributo riconosciuto fino a un massimo di € 3.500 per esperienze intensive in appartamenti attrezzati per le disabilità fisiche e/o acquisite.
 - ☐ SPESE PER PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA (CD. PALESTRE PER L'AUTOINOMIA) DELLA DURATA DI 2 ANNI, PROROGABILI A TRE: contributo riconosciuto fino a un massimo di € 3.500 per esperienze intensive in appartamenti attrezzati per le disabilità fisiche e/o acquisite.
- ☐ INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE (*barrare il tipo di contributo richiesto*)
- ☐ SPESE DI PERSONALE (ad esclusione dell'assistente personale): contributo riconosciuto fino a un massimo di € 1.500
 - ☐ ALTRE SPESE (attrezzature didattiche, sportive, tablet e altro materiale informatico, locazione spazi o aule, attività ricreative, borse lavoro, tirocini lavorativi, percorsi con motorizzazione o altro centro specializzato al fine di valutare la possibilità di guidare un automezzo in sicurezza, ecc.; spese comunque non riconosciute attraverso ulteriori e diversi fondi): contributo riconosciuto fino a un massimo di € 1.500

OBIETTIVI DI VITA AUTONOMA:

DESCRIZIONE DELLE AZIONI per MACRO AREA D'INTERVENTO

1. AZIONE : _____

PERSONALE COINVOLTO	LUOGO INTERVENTO	TEMPI DI REALIZZAZIONE

2. AZIONE : _____

PERSONALE COINVOLTO	LUOGO INTERVENTO	TEMPI DI REALIZZAZIONE

3. AZIONE : _____

PERSONALE COINVOLTO	LUOGO INTERVENTO	TEMPI DI REALIZZAZIONE

4. AZIONE : _____

PERSONALE COINVOLTO	LUOGO INTERVENTO	TEMPI DI REALIZZAZIONE

3. BUDGET DI PROGETTO

SPESA COMPLESSIVA: _____		
MACROAREA	QUOTA COMPLESSIVA DI PROGETTO	QUOTA DI CO-FINANZIAMENTO AMBITO TERRITORIALE DI BERGAMO
AREA ASSISTENTE PERSONALE	Importo:	Importo:
AREA ABITARE IN AUTONOMIA	Importo:	Importo:
AREA INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE	Importo:	Importo:
TOTALE		

Data, _____

*L'assistente sociale del
Comune*

*Il beneficiario
o suo rappresentante legale*

Approvazione del progetto a seguito della valutazione multidimensionale in data: _____

*L'assistente sociale
dell'Ambito territoriale
di Bergamo*

*Medico ASST PG XXIII di
Bergamo*
