

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.	

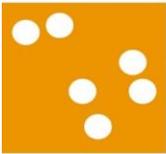
Amministratore di Sostegno			
Rapporto con l'interessato			
E-mail			
Telefono		Cell.	

1. Domanda espressa

1. Motivazioni della richiesta di attivazione di una progettualità di vita indipendente
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

2. Esito della valutazione preliminare

2.1. Analisi del contesto personale, familiare e ambientale
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



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: _____

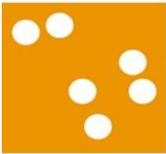
Valutazione sociale: ____/80 Criticità: _____

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 € 2.000 per esperienze intensive in appartamenti attrezzati per le disabilità.
 - spese di locazione/utenze luce, acqua, riscaldamento/gas domestico, tasse rifiuti, wi-fi;
 - spese condominiali: contributo annuale fino ad un massimo di € 2.000,00 per unità abitativa e comunque non superiore all'80% del totale;
 - spese abbattimento barriere architettoniche interne all'alloggio (solo per le persone che vivono al di fuori del contesto della famiglia di origine) che non prevedono lavori di muratura (es. rifacimento completo del bagno), i quali rientrano nella Legge 13/99 finanziato con altri fondi comunali regionali o nazionali.
- INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE (*barrare il tipo di contributo richiesto*)
- SPESE DEL SOLO PERSONALE EDUCATIVO PER PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA (CD. PALESTRE PER L'AUTONOMIA) DELLA DURATA MASSIMA DI TRE ANNI: contributo riconosciuto fino a un massimo di € 3.500 per esperienze intensive in appartamenti attrezzati per le disabilità fisiche e/o acquisite.
 - SPESE DI PERSONALE (ad esclusione dell'assistente personale): contributo riconosciuto fino a un massimo di € 3.500

OBIETTIVI DI VITA AUTONOMA:

DESCRIZIONE DELLE AZIONI per MACRO AREA D'INTERVENTO

1. AZIONE : _____

PERSONALE COINVOLTO	LUOGO INTERVENTO	TEMPI DI REALIZZAZIONE

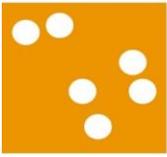
2. AZIONE : _____

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*
