

**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**

- |  |   |
|--|---|
| <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                        |      |      |      |      |                 |

- 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   |      |      |      |      |                 |



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

**Area autonomia domestica**

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

**Area autonomia socio-lavorativa**

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

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