



*Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara - Salcito San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturò*

---

## **Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente**

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Con \_\_\_\_\_ domicilio \_\_\_\_\_ (se \_\_\_\_\_ diverso \_\_\_\_\_ dalla \_\_\_\_\_ residenza) \_\_\_\_\_ in:  
via/P.zza \_\_\_\_\_

recapito telefonico: fisso \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_

Fax n. \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Disabile ai sensi:

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (certificazione allegata al presente modulo)

e

Invalido civile con indennità di accompagnamento (certificazione allegata al presente modulo)

o

pluriminorato (certificazione allegata al presente modulo)

**DICHIARA di:**

**Svolgere un lavoro** SI  NO

Se SI, quale?

\_\_\_\_\_

**Seguire un corso di studio** SI  NO

Se SI, quale?

\_\_\_\_\_

**Essere in possesso di patente di guida** SI  NO

Se NO, con quale mezzo abitualmente si sposta?

\_\_\_\_\_

**Abitare in una zona adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto** SI  NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche

\_\_\_\_\_

**Essere seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari** SI  NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia:

Servizio Assistenza Domiciliare Disabili dell'ATS di Campobasso per numero ore settimanali \_\_\_\_\_ con contribuzione ad ora in € \_\_\_\_\_

Trasporto Sociale gestito da \_\_\_\_\_ per la seguente finalità \_\_\_\_\_

Centro Socio Educativo. Indicare quale \_\_\_\_\_ per numero accessi settimanali \_\_\_\_\_

Contributi economici erogati da \_\_\_\_\_ per un totale di € \_\_\_\_\_ mensili

Assistenza Domiciliare Integrata dell'ASREM. Motivazione \_\_\_\_\_

Altro, specificare \_\_\_\_\_

Necessita di assistente/i personale/i per le seguenti attività:

Alzarmi da letto	SI	NO
Coricarmi	SI	NO
Lavarmi mani e viso	SI	NO
Lavarmi capelli e pettinarmi	SI	NO
Usare i servizi igienici	SI	NO
Igiene intima	SI	NO
Fare il bagno o la doccia	SI	NO
Vestirmi e spogliarmi	SI	NO
Assistenza notturna	SI	NO
Pulire e riordinare la casa	SI	NO
Fare la spesa o acquisti	SI	NO
Preparare i pasti	SI	NO
Mangiare e bere	SI	NO
Lavare biancheria e stoviglie	SI	NO
Utilizzare strumenti informatici	SI	NO
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.)	SI	NO
Assistenza per lo studio	SI	NO
Assistenza personale in ambito universitario	SI	NO
Accompagnamento al lavoro	SI	NO
Aiuto sul posto di lavoro	SI	NO
Spostarsi in carrozzina	SI	NO
Aiuto nel camminare	SI	NO
Accompagnamento fuori casa	SI	NO
Accompagnamento a visite mediche/esami clinici	SI	NO
Accompagnamento a trattamenti di riabilitazione/fisioterapia	SI	NO
Accompagnamento in vacanza	SI	NO
Assumere medicinali	SI	NO
Utilizzo di mezzi pubblici	SI	NO
Scrivere	SI	NO
Leggere	SI	NO
Comunicare	SI	NO
Aiuto nella gestione dei figli minori	SI	NO
Attività culturali	SI	NO
Tempo libero	SI	NO
Attività sportive	SI	NO
Viaggi	SI	NO

Specificare, laddove si ritenga necessario, le attività sopra indicate:

---

---

---

---

---

**Attualmente si avvale già dell'aiuto di un assistente personale con spese a suo carico?**

SI  NO

Se SI, per quante ore settimanali: |\_\_| |\_\_| |\_\_| per un totale di € \_\_\_\_\_ mensili lordi.

Indicare quali eventuali altre persone sono coinvolte nella sua assistenza, anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione, per cosa e quanto tempo l'assiste, evidenziando, se presenti, le eventuali problematiche che ne derivano:

1)

---

---

---

2)

---

---

---

---

**Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile indicare la principale area di intervento del proprio progetto individualizzato:**

- mantenere il posto di lavoro
- ridurre il rischio di istituzionalizzazione
- alleviare la famiglia
- andare a vivere da solo, con altre persone o con il partner
- avere più autonomia
- continuare e/o concludere un percorso formativo e/o educativo
- altro, specificare \_\_\_\_\_

**Descrivere i risultati attesi, gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nel proprio progetto di vita indipendente sono previste altre figure professionali oltre a quella dell'assistente personale (Psicologi, Educatori)?**

SI  NO

Se SI quali e per quale attività?

---

---

---

**Nel proprio progetto di vita indipendente sono previste spese per l'acquisto di attrezzature per attività di inclusione sociale e relazionale (attrezzature didattiche, sportive, informatiche ecc)?**

SI  NO

Se SI per quali attività?

---

---



ore di assistenza per un totale di € \_\_\_\_\_ mensili lordi.

Chiedo altresì (se presenti nel proprio progetto di vita indipendente):

- l'assistenza per n. \_\_\_\_\_ ore di altri figure professionali (psicologi, educatori) per un costo di € \_\_\_\_\_ orari lordi e un totale di € \_\_\_\_\_ lordi;
- l'acquisto delle attrezzature per attività di inclusione sociale e relazionale per un totale di € \_\_\_\_\_ (allegare alla presente il preventivo di spesa);
- le spese per il trasporto:  
indicare stima dei costi o allegare preventivo in convenzione con privati quantificabile in € \_\_\_\_\_.

**Il presente formulario, oltre alla certificazione L. 104/92 e di invalidità civile/ certificazione pluriminorazione , ha allegati?**      SI       NO

Se SI, quanti? (*specificare il numero e la tipologia*): n°    
allegati

**Tipologia**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Data**

**Firma**

---