




Ambito Territoriale Sociale di Agnone

- Ufficio di Piano -

 **indirizzo** Piazza Dante Alighieri 51 - 86081 AGNONE (IS)

 **0865/77369**

 **web** www.ambitoagnone.it

e-mail: info@ambitoagnone.it
PEC: ambitoagnone@pec.it

DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Il sottoscritto Cognome/Nome _____

nato/a il | | | | | | | | | | a _____ Prov. _____

e residente in _____ Via/P.zza _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____ Cell _____

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE INDIVIDUA UNA DELLE SEGUENTI TIPOLOGIE DI INTEVENTO:

- Assistente personale**
- Housing sociale (living autonomy)**
- Attività di inclusione sociale e relazionale**
 - Interventi di socializzazione**
 - Orientamento al lavoro**
- Trasporto**
- Domotica**

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Condizione Sanitaria.

Riconoscimento della condizione di handicap grave e disabilità, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992, con decorrenza dal _____ come da certificazione allegata;

Cognome e nome del medico di medicina generale di base _____

Condizione abitativa.

L'abitazione principale è:

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto
- Altro

Presenta servizi igienici adeguati

- Sì
- No

Presenta barriere architettoniche

(interne)

- Sì
- No

(esterne)

- Sì
- No

Note _____

Dislocazione sul territorio rispetto ai servizi pubblici (negozi, trasporti, ecc)

- servita
- poco servita
- non servita

Note _____

Situazione Socio Familiare

- Presenza di familiari conviventi;
- Presenza di un solo care giver;
- Presenza di carichi di cura nel nucleo familiare;
- Assenza di familiari conviventi;
- Presenza di altri familiari non conviventi, ma residenti nel Comune di appartenenza;
- Assenza di altri familiari non conviventi e non residenti nel Comune di appartenenza;

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza:

Rapporto di parentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Condizione lavorativa *	Problematiche rilevanti **

COMUNE DI POGGIO SANNITA Prot. arrivo n. 0004138 del 21-09-2022 Cat. 1

[*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;

**Indicare nella colonna 6 “Problematiche rilevanti” con: A la presenza persone anziane di età superiore ai 65 anni; B la presenza di familiari con disabilità certificata; C la presenza di minori].

Fruizione di servizi ed interventi sociali e/o sanitari

- Centro socio educativo diurno;
- Centro sanitario diurno;
- ADI;
- Servizio di assistenza domiciliare;
- Altro

(specificare)_____

Il sottoscritto inoltre dichiara:

di svolgere la seguente attività lavorativa

- lavoro autonomo
- lavoro dipendente presso_____
- Tempo determinato (fino al _____)
- Tempo indeterminato

di svolgere e/o avere in previsione di svolgere attività di stage presso:

di essere iscritto presso l'Istituto scolastico _____ del Comune di

_____ e di frequentare la classe _____

di essere iscritto presso l'Università di _____

Facoltà /Corso _____ e di frequentare il _____ anno di corso.

di frequentare il corso di formazione professionale di:

_____ presso _____

altro (specificare)

DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

1. Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita, situazione lavorativa o di studio

2. Obiettivi di vita autonoma

3. Caratteristica dell'assistenza personale richiesta: (*specificare il tipo di servizio richiesto, la fascia oraria indicativa di intervento, le principali mansioni affidate ecc.*)

4. Tempi:

La durata del progetto è di:

12 mesi, dalla data di validazione

inferiore ai 12 mesi, (*mesi* _____)

Agnone, _____

IN FEDE
(Firma del richiedente)
