

# DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO A SOSTEGNO DELLA VITA INDIPENDENTE

- ANNO 2014 -

*Intervento in attuazione della DGR 740/2013 - Fondo Non Autosufficienze - 2013  
Ambito territoriale distrettuale n°11 del Garda*

## PROGETTO INDIVIDUALIZZATO E PIANO PERSONALIZZATO DI INTERVENTO

### **Dati identificativi del/la beneficiario/a**

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ eventuale altro recapito \_\_\_\_\_

### **Care – Giver e altre persone significative**

→ **vive con:**  coniuge/convivente  coniuge/figli  figli  parenti  genitori  badante   
solo  altro (specificare) \_\_\_\_\_

Relazione	Cognome e nome recapito e telefono	Anno di nascita	convivente	Disponibilità (specificare in termini qualitativi e quantitativi settimanali)
			SI NO	
			SI NO	
			SI NO	
			SI NO	
			SI NO	

→ è attiva rispetto alla situazione una rete di assistenza di volontariato:  SI  NO

**Altre informazioni socio-assistenziali**

- |  | <b>SI</b>                          | <b>NO</b>                               | <b>in corso di accertamento</b>                    |   |
|--|------------------------------------|---|--|---|
| - Invalidità   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                           | _____ %   |
| - Indennità di accompagnamento                                     | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                           |   |
| - L. 104/92 Gravità Handicap                                       | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                           |   |
| - SAD comunale   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                |  |   |
| - Assistenza continuativa privata                                  | <input type="checkbox"/> <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> <b>badante</b> | <input type="checkbox"/> <b>altra figura prof.</b> |   |
| - La persona è attualmente beneficiaria di voucher socio-sanitario |                                    |   |  | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| - Altri benefici o servizi (specificare)                           | _____                              |   |  |   |

**ISEE (da allegare):**

note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

Descrizione della situazione personale, familiare, di contesto, precisando la presenza o meno di una rete di supporto (familiare o di volontariato); degli interventi attuati o necessari a sostegno della autonomia della persona e della realizzazione del suo progetto di vita.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Obiettivi, azioni e strategie del piano:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Personale impiegato:**

- A.S.A.**
- Educatore professionale**
- non qualificato** (specificare) \_\_\_\_\_

**Tempi e costi di realizzazione del piano personalizzato:**

- inizio intervento: \_\_\_\_\_
- fine intervento: \_\_\_\_\_
- n° ore settimanali \_\_\_\_\_ n° settimane nell'anno \_\_\_\_\_
- **costo preventivo sull'anno € \_\_\_\_\_**, specificando:
  - € \_\_\_\_\_/ora **A.S.A** x n° \_\_\_\_\_ ore/settimana x n° \_\_\_\_\_ settimane = € \_\_\_\_\_
  - € \_\_\_\_\_/ora **E.P.** x n° \_\_\_\_\_ ore/settimana x n° \_\_\_\_\_ settimane = € \_\_\_\_\_
  - € \_\_\_\_\_/mese **personale non qualificato** x n° \_\_\_\_\_ mesi = € \_\_\_\_\_

**Modalità di assunzione del personale**

- Assunzione diretta con contratto di lavoro privato
- Assunzione tramite terzi (cooperativa)

**Modalità di monitoraggio/verifica:**

---

---

---

**Costo del progetto:** € \_\_\_\_\_

**Operatore di riferimento (del Comune e/o ASL):**

---

---

---

---

Luogo e data .....

Firma del/della richiedente (beneficiario/a del finanziamento)

.....

Firma del/della proponente (Assistente Sociale del Comune di residenza)

.....

.....  
Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".  
Ai Sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale n. 11 del Garda, anche con l'ausilio di mezzi informatici.  
Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

..... il.....

Firma.....