

**AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI PER LA "VITA INDIPENDENTE",  
ANNUALITA' 2012**

Si avvisa che a partire dal 30/03/2012 al 30/04/2012 (1 mese) è aperta la possibilità, per gli aventi diritto, di presentare le domande per il progetto "Vita indipendente" annualità 2012, che prevede un finanziamento ai progetti finalizzati per garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone, di età compresa fra 18 ed i 65 anni, in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92.

Sono anche ammessi alla presentazione dei progetti tutti coloro che risultano beneficiari del contributo di Vita Indipendente nella Fase Pilota prevista dalla D.G.R.T. n. 1166/2009.

Vista la Delibera della Giunta Regionale n. 146 del 27 febbraio 2012 ad oggetto "*Vita Indipendente: approvazione dell' Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente attivati mediante l'assunzione di assistente/i personale/i. Avvio della Fase a regime*".

Premesso che l'Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "vita indipendente attivati mediante l'assunzione di assistente/i personale/i", allegato A) della D.G.R.T. n. 146 del 27 febbraio 2012, di cui è parte integrante e sostanziale, si ispira all'articolo 19 "Vita indipendente e inclusione nella società" della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità alle quali si riconosce il diritto di vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone per favorirne l'integrazione e la partecipazione;

Che le persone con disabilità devono poter scegliere su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza, dove e con chi vivere; devono avere accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirsi ed impedire che siano isolate o vittime di segregazione;

si dispone quanto segue:

I progetti che s'intenderanno presentare, per l'anno 2012, dovranno essere necessariamente coerenti con l'Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "vita indipendente attivati mediante l'assunzione di assistente/i personale/i", di cui sopra che ne individua i soggetti destinatari e fornisce indicazioni per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente.

### REQUISITI

- I destinatari del progetto Vita Indipendente sono esclusivamente le persone disabili residenti in Toscana, con capacità di esprimere direttamente, o attraverso un amministratore di sostegno, la propria volontà, di età compresa fra 18 ed i 65 anni, e tutti coloro che risultano beneficiari del contributo di Vita Indipendente nella Fase Pilota ( ex D.G.R.T. n. 1166/2009), in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92, che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane compreso l'esercizio delle responsabilità genitoriali nei confronti di figli a carico, e/o attività lavorative in essere o in progetto, e/o attività scolastico-formative finalizzate a configurazioni lavorative.

Allo scadere dei termini di età previsti, le persone inserite nel progetto di Vita Indipendente potranno essere mantenute, previa valutazione da parte della UVM competente, nel progetto di Vita Indipendente;

- La persona con disabilità sceglie e assume direttamente, con regolari rapporti di lavoro, il/i proprio/i assistente/i, ne concorda direttamente mansioni, orari e retribuzione e ne rendiconta, su richiesta, la spesa sostenuta a questo titolo. Appare evidente, quindi, come anche il reperimento e la preparazione dei propri assistenti personali, diventino elementi fondamentali al fine di concretizzare un vero progetto di Vita Indipendente;
- Non è previsto assumere parenti e/o affini, entro il terzo grado, nel ruolo di assistente/i personale/i;
- La titolarità e la responsabilità nella scelta e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente. A suo carico sono anche gli oneri assicurativi e previdenziali riguardanti gli assistenti impiegati che devono essere coperti dall'importo riconosciuto.
- La persona con disabilità deve essere consapevole che l'assunzione di assistenti personali, in forma privata e diretta, comporta un suo impegno nel ruolo di datore di lavoro e la regolarizzazione della tipologia contrattuale di lavoro prescelta, con tutti i diritti e i doveri che ne conseguono;
- L'intervento consiste nell'assegnazione di un contributo mensile, il cui importo viene stabilito con riferimento agli obiettivi, alle azioni definite nel singolo progetto ed alle risorse rese disponibili dalla Regione, a partire da € 800,00 fino alla misura massima di € 1.800,00 mensili;

### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DEI PROGETTI**

L'apposito modulo di domanda è reperibile in forma on-line sul sito internet dell'Azienda Usl 2, sui siti dei Comuni della Valle del Serchio ed in forma cartacea presso i Comuni della Valle del Serchio e presso i Punti Insieme qui sotto riportati:

- Bagni di Lucca presso sede del Comune via Umberto I, 103 (mercoledì e sabato dalle 9:00-13:00) tel. 0583809959
- Barga presso sede del Comune via di Mezzo, 45 (martedì e giovedì 9:00-12:00) tel. 0583724771
- Borgo a Mozzano presso sede del Comune via Umberto I, 1 (martedì e venerdì 9:00-13:00) tel. 0583820434
- Castelnuovo Garfagnana presso Centro Socio Sanitario Via Puccini, (mercoledì giovedì e venerdì 9:00-12:00) tel. 0583669098/0583669097/0583669080
- Coreglia Antelminelli presso sede del Comune Piazza Antelminelli 8, (venerdì 10:00-12:00) tel. 058378282
- Fornaci di Barga presso Centro Socio Sanitario via dell'Asilo,1 (lunedì e giovedì 11:00-13:00)
- Galliciano presso Centro Socio Sanitario via Donatori di sangue (mercoledì 9:00-12:00) tel. 058374114
- Piazza al Serchio presso Centro Socio Sanitario via Comunale (lunedì e venerdì 9:00-12:00) tel. 058360212

I progetti presentati in busta chiusa con la seguente dicitura "Progetto di Vita Indipendente – annualità 2012" dovranno essere inviati a mano o mezzo posta tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, alla Segreteria della Zona Distretto Valle del Serchio, via per Pontardeto – 55036 Pieve Fosciana, Lucca (per la consegna a mano gli uffici della Segreteria della Zona Distretto sono aperti dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 13:00) oppure tramite e.mail al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: [aziendausl2lucca@postacert.toscana.it](mailto:aziendausl2lucca@postacert.toscana.it)

## AMMISSIONE E VALUTAZIONE DEI PROGETTI

I progetti redatti dagli aventi diritto sull'apposito modulo di domanda e pervenuti per effetto del presente avviso con tutta la documentazione necessaria richiesta dall'allegato A) della D.G.R.T. n. 146 del 27 febbraio 2012, saranno esaminati e valutati dall'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare), avvalendosi della "Scheda di presa in carico delle caratteristiche individuali, familiari ed ambientali". Verrà definito il PAP (progetto assistenziale personalizzato) ai sensi della L.R. n. 66/2008, con specifica attenzione al conseguimento di obiettivi di "Vita Indipendente", parità di opportunità ed integrazione sociale, per garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici.

Le azioni previste nel PAP sono indirizzate nei seguenti ambiti:

- cura della persona: alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.;
  - assistenza personale: nelle attività domestiche, sul lavoro, per lo studio, ecc.;
  - interventi per l'accessibilità e la mobilità: spostamenti, commissioni, uscite, ecc.;
- ❖ La valutazione, da parte delle UVM, dei singoli progetti produrrà una graduatoria definita in base al punteggio complessivo risultante dagli indicatori previsti nella "Scheda di presa in carico delle caratteristiche individuali, familiari ed ambientali". L'erogazione del finanziamento avverrà sulla base dell'ordine della graduatoria e sulla base delle risorse disponibili.
- ❖ L'erogazione del contributo mensile decorre dalla data di assunzione dell'assistente/i personale/i dietro presentazione del relativo contratto di lavoro. L'ultima mensilità sarà relativa al mese di dicembre 2012, fatta salva l'eventuale proroga dei contributi sulla base delle risorse finanziarie assegnate al soggetto erogatore ed ancora disponibili dopo tale data..

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali conferiti saranno trattati nell'ambito di questo procedimento e per le operazioni previste dalla legge. Il trattamento avviene manualmente e con strumenti informatici da parte di personale appositamente incaricato del trattamento dati.

L'interessato potrà esercitare in qualsiasi momento il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento, il blocco e la cancellazione, se incompleti, sbagliati o trattati in modo diverso da quanto previsto dalla legge o dal regolamento che disciplinano il procedimento per i quali sono stati raccolti o con quanto indicato nella presente informativa.

## INFORMAZIONI PROCEDURALI

Per informazioni riguardo al presente avviso è possibile rivolgersi a: Punti Insieme della Valle del Serchio ed all'Ufficio di Piano della Valle del Serchio al numero 0583669068/063

Modulistica per la domanda di contributo V.I. e per la presentazione del progetto individuale di V.I

**DOMANDA PER CONTRIBUTO VITA INDIPENDENTE (ex D.G.R.T. n °146/2012)**

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

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

nato/a il           a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

Stato civilea \_\_\_\_\_ Cittadinanzab \_\_\_\_\_

Vedi note fine pagina

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

**QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

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

in qualità di (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.*)  
\_\_\_\_\_ del sotto indicato beneficiario:

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

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

nato/a il           a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.za \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

Stato civilea \_\_\_\_\_ Cittadinanzab \_\_\_\_\_

Vedi note fine pagina

**NOTE :**

<sup>a</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

<sup>b</sup> Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n.....  
rilasciata alla Questura di ..... con scadenza il..... o in  
corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data..... Rifugiato  
politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data).....

- Vista la Delibera n. 146 del 27/02/2012 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente attivati mediante l'assunzione di assistente/assistenti personale/i.

- Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

### **CHIEDE**

- di poter usufruire, sulla base del progetto allegato alla presente domanda e in base alla valutazione effettuata dalla UVM competente, del contributo previsto per la vita indipendente.  
A tale scopo

### **DICHIARA**

che la composizione attuale del nucleo dove vive il richiedente è la seguente:

<b>QUADRO B - COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO</b>					
	<b>I° COMPONENTE</b>	<b>II° COMPONENTE</b>	<b>III° COMPONENTE</b>	<b>IV° COMPONENTE</b>	<b>V° COMPONENTE</b>
<b>COGNOME/ NOME</b>					
<b>RELAZIONE</b>					
<b>LUOGO DI NASCITA</b>					
<b>DATA DI NASCITA</b>					
<b>ATTIVITA'</b>					

## QUADRO C – INFORMAZIONI SULL'ABITAZIONE

L'abitazione principale è situata in:

Via/P.zza \_\_\_\_\_ vani n. \_\_\_\_\_

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto
- Altro

Presenta servizi igienici adeguati  Sì  No

Ha una superficie adeguata al numero di persone conviventi  Sì  No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali  Sì Esterne  Interne   
 No

## DICHIARA INFINE

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

### **QUADRO D - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:**

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

nato/a il  a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.za. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**OPPURE**

**QUADRO E - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE<sup>1</sup>**

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la  
dichiarazione del Sig./Sig.ra  
(Cognome/Nome) \_\_\_\_\_

—

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

Il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti dell'Azienda Usl 2 Lucca nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle legge e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il \_Direttore Generale dell'Azienda Usl2 Lucca è il Titolare dei trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Responsabile di Zona Distretto della Valle del Serchio

Il personale dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni è incaricato del trattamento dei dati personali.

**MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE  
DICHIARAZIONE**

**QUADRO F - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLO**

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione (art. 38, comma 3, DPR 445/2000) previa esibizione del seguente documento di identità:

TIMBRO E FIRMA (del dipendente addetto a ricevere la documentazione)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il dipendente addetto alla ricezione allega copia del documento di identità esibito.

**OPPURE**

**QUADRO H - INVIO PER POSTA O TRAMITE ALTRA PERSONA**

Ai sensi degli artt. 38 e 45 del DPR 445/2000 è possibile inviare la presente dichiarazione, debitamente sottoscritta, allegando obbligatoriamente **fotocopia di un documento di identità valido del dichiarante** o, se scaduto, apponendo in calce alla fotocopia del documento, la dichiarazione che i dati ivi contenuti non hanno subito variazione dalla data del rilascio.

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE

**Il Quadro A** deve contenere i dati relativi al soggetto beneficiario che richiede direttamente il contributo di vita indipendente.

**Il Quadro A1** deve essere compilato nel caso in cui l'autocertificazione è presentata da soggetto diverso dal beneficiario.

**Il Quadro B** deve contenere dati e dichiarazioni relativi a tutti i componenti il nucleo anagrafico dell'interessato.

**Il Quadro C** deve contenere i dati relativi all'abitazione.

**Il Quadro D** deve essere compilato nel caso in cui l'interessato sia soggetto ad assistenza da parte di un amministratore di sostegno: la dichiarazione è quindi sottoscritta dallo stesso amministratore di sostegno, **senza alcuna autentica di sottoscrizione**, indicando gli estremi del provvedimento di nomina di amministratore di sostegno.

**Il Quadro E** deve essere riempito quando l'interessato non sa o non può firmare per impedimento fisico o analfabetismo. In tal caso la dichiarazione deve essere resa dinanzi a un **Pubblico Ufficiale** (notaio, cancelliere, segretario comunale, ufficiale di anagrafe incaricato dal sindaco, assistente sociale incaricato a seguito di apposito atto dirigenziale).

**Il Quadro F** viene utilizzato in caso di presentazione diretta allo sportello della domanda da parte dell'interessato o di altro soggetto che effettua la dichiarazione.

**Il Quadro H** riguarda le seguenti modalità di invio della domanda:

- In caso di invio per posta**, la busta contenente la presente domanda deve essere inviata al seguente indirizzo tenendo presente che fa fede la data del timbro postale:

Segreteria della Zona Distretto Valle del Serchio

via per Pontardeto

55036 Pieve Fosciana - Lucca

- In caso di invio per altra persona**, la presente domanda deve essere consegnata, secondo le modalità e gli orari previsti nei singoli bandi.

In tali casi, occorre allegare fotocopia del documento valido di identità del dichiarante.

## Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente 2012

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 \_\_\_\_\_

Essendo stato/a riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di *handicap* in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ come persona con *handicap* in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (***da allegare al presente modulo***).

### DICHIARA

Invalidità civile    SI         %    NO

Percepisce indennità di accompagnamento?    SI     NO

Altri cespiti e contributi non soggetti ad IRPEF (per es. RENDITE INAIL)

SI     Imp. Annuale    € \_\_\_\_\_

NO

Diagnosi Principale \_\_\_\_\_

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_

Cognome e nome del medico curante \_\_\_\_\_

Cognome e nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_

Vista la Delibera n. 146 del 27/02/2012 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente attivati mediante l'assunzione di assistente/assistenti personale/i.

**Dichiara, inoltre, 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?

---

---

La zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto?    SI       NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche

---

---

---

E' seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari?      SI       NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, specificando modalità e tempi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.).

---

---

---

E' disposto a rinunciare agli interventi di cui già beneficia, se previsti nel progetto di vita indipendente?

SI       NO

N.B. Si ricorda che ai sensi dell'Atto d'indirizzo, di cui alla delibera n. 146 del 27/02/2012, l'intervento previsto consiste solo nell'assunzione di assistente/i personale/i, con i tempi ed i modi indicati nel progetto e gestito autonomamente e direttamente dalla persona; l'intervento deve coordinarsi e integrarsi con gli altri in modo da garantire l'autonomia e la domiciliarità della persona.

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

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

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:    ad un costo di €  orari lordi nelle ore feriali diurne, a €  orari lordi nelle ore feriali notturne, a €  orari lordi nelle ore festive diurne, a €  orari lordi nelle ore festive notturne, 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 problematiche che ne derivano:

1)

2)

**Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile descrivere dettagliatamente i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto (es. 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, etc.).**