



Cofinanziato
dall'Unione europea



**Format per il Progetto personalizzato
"Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026"
(PR ABRUZZOFSE+ 2021-2027)**

TITOLO DELL'INTERVENTO: **Sostegni ai progetti di Vita Indipendente - anno 2026**
ENTE BENEFICIARIO: ECAD N. 17 "Montagna Pescara"

PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucleo familiare

Nominativo

Grado di parentela

Data di nascita

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- | | |
|--|---|
| ☐ Studente | ☐ Lavoratore/trice |
| ☐ Disoccupato/a | ☐ Pensionato/a |
| ☐ Altro | |

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Da solo | ☐ In famiglia |
| ☐ In comunità senza oneri a carico della
finanza pubblica | ☐ Altro |

Usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
☐ Servizio assistenza domiciliare (AD)					
☐ Assistenza infermieristica					
☐ Assistenza domiciliare integrata (ADI)					
☐ Servizio di aiuto alla persona					
☐ Assegno di cura					

Assistenza e cura svolta dai familiari



Cofinanziato
dall'Unione europea



Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente

1. Obiettivi di vita autonoma:

2. Azioni ed interventi richiesti:

3. Risultati attesi:



Cofinanziato
dall'Unione europea



In particolare, i bisogni riguardano le seguenti aree

Area autonomia personale

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ alzarsi dal letto | ☐ uso del wc | ☐ lavarsi il viso |
| ☐ lavarsi le mani | ☐ lavarsi i capelli e pettinarsi | ☐ igiene intima |
| ☐ fare il bagno o doccia | ☐ vestirsi o spogliarsi | ☐ assistenza notturna |
| ☐ semplici interventi sanitari | ☐ gestione catetere | ☐ gestione degli ausili |
| ☐ coricarsi | ☐ mangiare, bere | ☐ altro |

Area autonomia domestica

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ pulire la casa | ☐ preparare i pasti | ☐ fare la spesa |
| ☐ gestire la presenza di ospiti | ☐ altro | |

Area autonomia socio-lavorativa

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



Cofinanziato
dall'Unione europea



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