*Allegato B)*

Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 11 FRENTANO

**PROGETTO PERSONALIZZATO DI VITA INDIPENDENTE**

**del Sig.Sig.ra**

**Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n: \_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefono***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* **eMail***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Composizione nucleo familiare**

Nominative Grado di parentela Data di nascita

**Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * D | * Studente |  | * Lavoratore |
| * D | * Disoccupato/a |  | * Pensionato/a |
| * D | * Altro\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:**

* Da solo
* In comunità
* In famiglia
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Usufruisce dei seguenti servizi:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| tipologia | pub | pri | con | tern | Ore settimanali |
| Servizio assistenza domiciliare (AD) |  |  |  |  |  |
| Assistenza Infermieristica |  |  |  |  |  |
| Assistenza Domicilire Integrata (ADI) |  |  |  |  |  |
| Trasporto |  |  |  |  |  |
| Disponibilità di volontariato/rete familiare |  |  |  |  |  |
| Centro diurno socio- occupazionale |  |  |  |  |  |
| Centro riabilitativo |  |  |  |  |  |
| Assistenza scolastica |  |  |  |  |  |
| Servizio Educativo domiciliare (ADM) |  |  |  |  |  |
| Telesoccorso/teleassistenza |  |  |  |  |  |
| Assegno di cura/assegno disabilità gravissima |  |  |  |  |  |
| Altri servizi sanitari (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| Dopo di noi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| altre forme di sostegno, per i quali l’obiettivo dell’assistenza socio-assistenziale è prevalente rispetto all’obiettivo dell’ autonomia per la quale occorre la capacità di autodeterminazione. .( da specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |

Legenda: Pub.=pubblico; Pri.=privato; Con.=continuativo; Tern.= temporaneo

**Assistenza e cura svolta dai familiari**

*r*

\

***Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita lndipendente***

***1. Obiettivi di vita autonoma***

*Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente e che denotano la sua capacità di autodeterminazione e chiara*

*volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte, nella consapevolezza da parte del disabile che ciò implica anche l’assunzione del ruolo di datore di lavoro del proprio assistente personale:*

***2. Azioni ed interventi richiesti:***

***3. Risultati attesi***

***In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * alzarsi dal letto | * uso del we | * lavarsi ii 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 attivita culturali

attivita relativa al tempo libero disbrigo di pratiche burocratiche

utilizzo strumenti informatici accompagnamento fuori casa

assistenza sul posto di lavoro assistenza in ambito scolastico/Universitario

attivita sportive attivita culturali

attivita di tempo libero viaggi

**Attivazione di un percorso di vita indipendente**

Presenza di un assistente personale già contrattualizzato SI NO

Attualmente beneficiario del contributo per Vita Indipendente regionale 2020   
(DGR n. 1696/2018) SI NO

***Azioni di cui usufruirà relativamente al progetto ministeriale:***

1. **MACRO AREA ASSISTENTE PERSONALE**

***Assistente personale****;*

 *presso domicilio;*

 *a supporto dell’housing sociale/co-housing;*

 *sostegno alle attività di inclusione sociale e relazione;*

***Descrizione puntuale dei compiti da assegnare all’assistente personale nel supportare la persona con***

***disabilità in tutte le sue esigenze che possono riguardare i diversi ambiti della vita:***

**Cura della persona**

 alzarsi dal letto  uso del WC  lavarsi il viso

 lavarsi le mani  lavarsi i capelli e pettinarsi  igiene intima

 fare bagno o doccia  vestirsi o spogliarsi  assistenza notturna

 semplici interventi sanitari  gestione catetere  gestione degli ausili

 coricarsi  mangiare, bere  altro (specificare)

breve descrizione:

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

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

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

**Ambito domestico**

 pulire la casa  preparare i pasti  fare la spesa

 gestire la presenza di ospiti

 altro (specificare)

breve descrizione:

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

**Inclusione sociale**

 accompagnamento nelle attività ricreative e di socializzazione quotidiane

Breve descrizione

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

n.........ore settimanali, per n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_settimanale. Totale complessivo ore \_

Periodo in cui viene realizzato l'intervento: dal mese di al mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***costo TOTALE dell’azione a) ASSISTENTE FAMILIARE per 12 mesi €*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(MASSIMO € 7.000,00)*

**Assunzione dell'assistente familiare**

(barrare solo una delle due caselle)

* avvenuta in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_(obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro);
* si garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare successivamente, dopo la comunicazione di ammissione al contribute, da parte dell'ADS (Ambito Sociale Distrettuale).

1. **MACRO AREA ABITARE IN AUTONOMIA**

 ***Abitare in autonomia****: housing sociale / co-housing forme di abitare*

*specificare la tipologia di spesa canone di locazione e/o piccoli adeguamenti strutturali e l’intervento richiesto:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

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

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

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

***costo TOTALE dell’azione per 12 mesi*** *€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( MASSIMO € 5.000,00)*

1. **MACRO AREA INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE**

**Attività lavorativa**

 accompagnamento presso la sede di lavoro

o utilizzando mezzi pubblici

o utilizzando mezzo messo a disposizione dal disabile

 **Assistenza in ambito lavorativo**

o per tutto l’orario di lavoro

o ad intervalli per specifiche esigenze

**Studio e Formazione**

 accompagnamento presso la sede di studio/formazione

o utilizzando mezzi pubblici

o utilizzando mezzo messo a disposizione dal disabile

 assistenza durante la frequenza corso di studi/corso di formazione

**Sport e tempo libero**

 accompagnamento per svolgere attività sportive (palestra, piscina……)

breve descrizione:

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

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

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

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

***Costo TOTALE dell’azione per 12 mesi €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(***MASSIMO € 2.666,66)

1. **MACRO AREA TRASPORTO SOCIALE**

 ***Trasporto sociale****:*

*specificare la finalità per la quale viene richiesto il servizio. Ad es. attività sportiva, culturale,*

*salute…ecc;. nonché fabbisogno settimanale*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

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

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

* ***Fabbisogno settimanale*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***costo totale per 12 mesi €***\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( MASSIMO € 2.666,66)

1. **MACRO AREA DOMOTICA**

 ***Domotica:***

*specificare lo strumento richiesto e la finalità di utilizzo*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

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

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

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

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

***Costo totale per 12 mesi €*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(MASSIMO € 1.666,66)

**Per quanto riguarda la tipologia di intervento Domotica, l’ECAD Lanciano provvederà all’acquisto tramite mercato elettronico Mepa-Consip in tutti i casi previsti dalla normativa vigente;**

**Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile indicare dettagliatamente le attività** **formulando la descrizione di una settimana tipo (***es. accompagnamento al lavoro, tempo libero, igiene, pulizie, ecc.). Indicare per ogni giorno della settimana in cui si svolge l’attività prescelta, le ore necessarie al suo svolgimento.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Attività** | **Settimana tipo** | | | | | | |
|  | **lunedì** | **martedì** | **mercoledì** | **giovedì** | **venerdì** | **sabato** | **domenica** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Costo ***complessivo*** del progetto:

Totale richiesta finanziamento:

€ \_

€

* **Si impegna** a comunicare all’ECAD LANCIANO l'eventuale ricovero del diretto interessato
* **Si allegano a pena di esclusione:**

**• Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e, in caso di tutore o amministratore di sostegno, copia del documento di identità di questi ultimi;**

**• Certificazione attestante la condizione di disabilità grave, individuata ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/1992;**

**• Copia dell’Isee ordinario in corso di validità.**

**ISTANZA PROGETTO ALLEGATO A)**

**•**

Consapevole delle responsabilita penali a cui puo andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonche della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs..

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-