

**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**

- |                                        |                                           |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Studente      | <input type="checkbox"/> Lavoratore/trice |
| <input type="checkbox"/> Disoccupato/a | <input type="checkbox"/> Pensionato/a     |
| <input type="checkbox"/> Altro         |                                           |

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

- |                                                                                     |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da solo                                                    | <input type="checkbox"/> In famiglia |
| <input type="checkbox"/> In comunità senza oneri a carico della<br>finanza pubblica | <input type="checkbox"/> Altro       |

**Usufruisce dei seguenti servizi:**

| Tipologia                                                       | Pub. | Pri. | Con. | Tem. | Ore settimanali |
|-----------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare (AD)   |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica             |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata (ADI) |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona         |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assegno di cura                        |      |      |      |      |                 |

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente

**1. Obiettivi di vita autonoma:**

**2. Azioni ed interventi richiesti:**

**3. Risultati attesi:**

In particolare, i bisogni riguardano le seguenti aree

**Area autonomia personale**

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

**Area autonomia domestica**

- |                                                        |                                            |                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pulire la casa                | <input type="checkbox"/> preparare i pasti | <input type="checkbox"/> fare la spesa |
| <input type="checkbox"/> gestire la presenza di ospiti | <input type="checkbox"/> altro             |                                        |

**Area autonomia socio-lavorativa**

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

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