



- Num. componenti (incluso il richiedente) _____
- Num. minori _____
- Num. persone ultra65enni _____
- Num. persone in condizione di non-autosufficienza _____

QUADRO C – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE ABITATIVA

L'abitazione principale è

- di proprietà
- in locazione
- in comodato d'uso

Persone conviventi della stessa abitazione:

- famiglia di origine
- nucleo familiare (coniuge e figli)
- vive da solo
- altro _____

Inserito in struttura residenziale (indicare tipologia e denominazione struttura)

QUADRO D – SITUAZIONE INDIVIDUALE E REDDITUALE DEL RICHIEDENTE

- persone con disabilità motoria
- persone non vedenti
- persone affette da disabilità psichiche/cognitive

- Dichiaro di essere in possesso del certificato della commissione medica per l'accertamento dello stato di handicap come persona con handicap in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art.3 della legge n. 104/1992 con Diagnosi principale di _____



contesto alloggiativo diverso da quello di origine che riproduca le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;

deistituzionalizzazione e supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare (Co-housing)

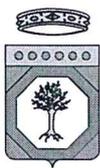
Altro _____

DESCRIZIONE

1. Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita

2. Breve descrizione degli obiettivi di autonomia che si intendono perseguire

3. Descrizione della soluzione alloggiativa (da compilare solo per opzione linea B): _____

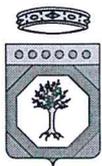


abitazione di origine:

abitazione diversa da quella di origine

co-housing

--



4. Caratteristiche dell'assistenza personale richiesta ¹:

(specificare l'impiego orario, giornaliero e settimanale, previsto per la figura di assistente personale, la forma di contrattualizzazione della persona interessata, il profilo professionale richiesto, le principali mansioni affidatele)

5. Risorse Finanziarie

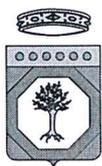
Dettaglio delle risorse economiche necessarie alla realizzazione del Progetto:

- spesa per la **contrattualizzazione di un assistente personale** e per i relativi oneri contributivi (vincolante per min 50% e max 80% del totale del costo del progetto) € _____

- spese per **acquisto di ausili domotici** per l'ambiente domestico e per acquisto di ausili tecnologici innovativi per favorire la connettività (vincolante per max 30% del totale del costo del progetto)
€ _____
€ _____
€ _____

- spese per favorire la **mobilità**, riferito solo ad acquisto di servizi (trasporto pubblico, trasporto a domanda, trasporto sociale)
€ _____

¹ Si evidenzia che per la figura dell'assistenza personale continuativa la spesa è ammissibile solo in presenza di formale attivazione di un contratto di lavoro e che non abbia vincoli di parentela entro il 2° grado con il beneficiario e sarà periodicamente oggetto di monitoraggio e verifica rispetto alla effettiva funzionalità e piena operatività della figura in relazione alla attuazione degli obiettivi del PRO.V.I.



- spese generali (a titolo meramente esemplificativo, sono computabili tra le spese generali i costi di consulenza, espressamente connessi al perseguimento degli obiettivi del Pro.V.I. e del Pro.V.I. Dopo di noi, quelli strettamente correlati al progetto e al perseguimento dei suoi obiettivi, i costi collegati alle modalità di erogazione del beneficio economico da parte degli Ambiti territoriali -- solo se richieste)

€ _____

€ _____

Spese ammissibili in aggiunta alle precedenti voci di spesa solo per la Linea B

- spese per **arredi adattati** per la propria abitazione (max 10% del totale del costo del progetto)

€ _____

- spese per il **canone di locazione** (max 25% del totale del costo del progetto);

€ _____

- spese per **ristrutturazione e abbattimento barriere architettoniche** (max 20% del totale del costo del progetto);

€ _____

5. Tempi (distribuzione nel corso della giornata-tipo e nella settimana/
indicazione della durata annua)

La durata del progetto è di:



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO WELFARE
SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E
INNOVAZIONE**
Servizio Economia sociale, Terzo settore e Investimenti per
l'innovazione sociale

Luogo e data, _____

IN FEDE
(Firma del richiedente)