

## PLAN PERSONAL DE VIDA INDEPENDIENTE (PPVI) SERVICIO ASISTENTE PERSONAL

FECHA: 10/09/2022

	DATOS PERSONALES DELA PERSONA SOLO-LICITANTE							
	NOMBRE Y APELLIDOS	Anonimo				333333333E		
	FECHA NACIMIENTO	10/10/90						
	DIRECCIÓN	C/ Inexistente n.90						
	MUNICIPIO	NICIPIO Barcelona		СР		PROVINCIA		
	¿VIVE SOLO/A?		CON QUIEN VIVE:		Pareja			
	TIPOLOGÍA DE INGRESOS	Pensión invalidez						
	TELÉFONOS	99999999	99999999					
	EMAIL	Inexistent1234	@gmail.com					
	DATOS DE VALORACIÓ	N GRADO DE DISC	APACIDAD Y/	O DEP	ENDENCIA			
	% DISCAPACIDAD		89	_	RADO DE PENDENCIA	Grado	) III	
PIA?				TIPO PRESTACIÓN ECONÓMICA (PÍA).		Elija un elemento.		
NOMBRE TRABAJADOR/A SOCIAL				TIPO DE SERVICIO (PÍA).		Elija u	Elija un elemento.	
	CONTACTO TRABAJADOR/A SOCIAL							
	(Hacer una cruz en a a cabo según el Proy				ria que se lle	even a ca	abo o se prevé llevar	
	Actividad Laboral  Actividades de ocio, deportivas							
	<ul> <li>✓ Actividad Ocupacional</li> <li>✓ Actividades Formativas</li> </ul>			Actividades relacionadas con la				
	— Actividades FUITIduvas			salud, rehabilitación				
	⊠ Actividade	es participación s	social,		∐ Fui	nción par	ental	
	ciudadana.							

(De aquellas que se desarrollan, añadir una breve explicación que defina la actividad y si se realiza con participación de entidades, organizaciones empresa, instituciones públicas, autoempleo, entorno comunitario, universidad, escuelas de formación, etc...).



ACTIVIDAD LABORA	AL.
ENTIDAD	
BREVE EXPLICACIÓN	
ACTIVIDAD OCUPAC	CIONAL
ENTIDAD	
BREVE EXPLICACIÓN	
ACTIVIDAD/ES FORI	MATIVA/ES
ENTIDAD	Ecom
BREVE EXPLICACIÓN	Acompañarme a formaciones.
ACTIVIDADES PART	ICIPACIÓN SOCIAL Y/O CIUDADANA
ENTIDAD	
BREVE EXPLICACIÓN	
ACTIVIDADES DE O	CIO, DEPORTIVAS
ENTIDAD	
BREVE EXPLICACIÓN	
ACTIVIDADES RELA	CIONADAS CON LA SALUD, REHABILITACIÓN
ENTIDAD	
BREVE EXPLICACIÓN	
FUNCIÓN PARENTA	Ļ
BREVE EXPLICACIÓN	

## **SOPORTES NECESARIOS**



(Marcar una cruz sobre los soportes necesarios para llevar a cabo el proyecto de vida de forma autónoma e independiente, indicando también el número de horas necesarias)

⊠ Asi	stenciale	es
	$\boxtimes$	Higiene y cuidado personal
	$\boxtimes$	Alimentación
	$\boxtimes$	Cuidado de la salud
	⊠ Mo\	vilizaciones
	$\boxtimes$	Utilización de aparatos técnicos
	HORA	S/semana:10 horas
☐ De	ayuda do	oméstica
		Orden y mantenimiento de la limpieza cotidiana de la vivienda
		Ropa
	HORA	S/semana: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. horas
⊠ Acc	ompañan	nientos
	Acti	vidades y gestiones fuera del hogar (médico, compras, ocio)
	□Viaj	es
	HORA	S/semana:5 horas
Otro	os:Haga	clic aquí para escribir texto.
	HORA	S/semana: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. horas
		OBJETIVOS A ALCANZAR
		os derechos y objetivos que se quieren alcanzar o se cree que mejorarían si se apoyo de la AP)
⊠Bie	nestar e	mocional (Satisfacción. Autoconcepto. Sentimientos Positivos)
Rel	aciones	interpersonales (Relaciona familiares. Relaciones de amistad. Relaciones Sociales)
Bie	nestar m	aterial (Vivienda. Trabajo. Ingresos, ahorros)
⊠ Des	sarrollo p	personal (Formación. Competencia personal. Habilidades)
Bie	nestar fí	sico (Salud. AVD. Acceso a ayudas técnicas)
⊠ Aut	odeterm	inación (Autonomía y control personal. Decisiones, elecciones. Hitos personales)



Inclusión Social (Participación en redes sociales. Integración en la comunidad)
---

Derechos (Ejercicio de derechos. Intimidad. Acceso a entornos normalizados...)

## **OBSERVACIONES**

En este momento estoy esperando una intervención, por ello no puedo mover demasiado la pierna. Debo tener especial cuidado en las movilizaciones.

HORARIO HIPOTÉTICO						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Mañana	Mañana	Mañana	Tarde		
	9-12	9-12 Tarde 15-20	9-11	17 - 19		

Total horas semanales de asistencia personal 15 Horas.

Total horas mensuales de asistencia personal 60 horas

Fecha Nombre y firma de la persona interesada	Fecha Nombre y firma del personal técnico y sello