

All'Ente Ambito Territoriale Sociale n. _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____ via/piazza _____ n. _____
tel. _____ fax _____ email _____
codice fiscale _____

C H I E D E

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "**INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE**"

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____ residente a _____
_____ prov. _____ via/piazza _____ n. _____ tel. _____
_____ fax _____ email _____ codice
fiscale _____

in qualità di:

- ☐ Familiare;
- ☐ Tutore;
- ☐ Amministratore di Sostegno;
- ☐ Altro (specificare) _____

C H I E D E

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "**INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE**"

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____ via/piazza _____ n. _____
tel. _____ fax _____ e-mail _____
codice fiscale _____

PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucleo familiare

Nominativo	Grado di parentela	data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

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

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- ☐ **Da solo**
- ☐ **In Comunità**
- ☐ **In famiglia**
- ☐ **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					
☐ Trasporto					
☐ Buoni Servizi					
☐ Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato					

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
○ Centro diurno/laboratorio					
○ Inserimento lavorativo e/o formativo					
○ Servizio socio-assistenziale scolastico e/o servizio socio educativo scolastico e/o extrascolastico					
○ Telesoccorso/teleassistenza					
○ Assegno di disabilità gravissima					
○ Altro					

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

[illegible]

Breve descrizione degli obiettivi del progetto di Vita Indipendente

1.Obiettivi di vita autonoma:

2.Azioni ed eventi richiesti:

3.Risultati attesi:

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 degli ospiti | ☐ Altro | |

Area autonomia socio-lavorativa

- | | |
|--|--|
| ☐ Spostarsi in carrozzina fuori dall'abitazione | ☐ Guida del mezzo a disposizione |
| ☐ Utilizzo dei mezzi pubblici | ☐ 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).

Costo complessivo del progetto	€ _____
Eventuale contributo della famiglia o di terzi	€ _____
Totale richiesta finanziamento	€ _____

Il/la sottoscritto/a, informato/a ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio delle Politiche Sociali dell'Ente di Ambito Distrettuale Sociale:

- **Si impegna** a comunicare all'EAS l'eventuale ricovero del diretto interessato
- **Allega** alla presente domanda:
 - ☐ Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);
 - ☐ Certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3, della Legge n.104/92;
 - ☐ Certificato di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
 - ☐ Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.
- **Dichiara**, in caso di ammissione a finanziamento, di rinunciare ad ogni altra forma di contribuzione economica disposta dalla Regione Abruzzo.

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

Modalità di pagamento

BANCA _____ Agenzia _____

Conto Corrente n. _____ intestato a _____

Codice IBAN _____

Conto Corrente Postale n. _____ intestato a _____

Codice IBAN _____

(Data e firma)

Consenso al trattamento dei dati sensibili

Il/la sottoscritto/a _____, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle Leggi e dai Regolamenti comunali in materia.

(Data e firma)