

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 _____

CHIEDE

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

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) _____

CHIEDE

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**

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 all'assistenza 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 degli ospiti | <input type="checkbox"/> Altro | |

Area autonomia socio-lavorativa

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spostarsi in carrozzina fuori dall'abitazione | <input type="checkbox"/> Guida del mezzo a disposizione |
| <input type="checkbox"/> Utilizzo dei mezzi pubblici | <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 complessivo del progetto	€ _____
Eventuale	€ _____
Totale richiesta finanziamento	€ _____

Il/la sottoscritto/a, informato/a ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, 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 di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, 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 di segreteria dell'Ente di Ambito 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 D.Lgs. 30.06.2003, n. 196, 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)