

**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. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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 \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
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 sett
<b>Servizio assistenza domiciliare (AD)</b>					
<input type="radio"/> Assistenza infermieristica					
<input type="radio"/> Assistenza domiciliare integrata (ADI)					
<input type="radio"/> Servizio di aiuto alla persona					
<input type="radio"/> Assegno di cura					
<input type="radio"/> Trasporto					
<input type="radio"/> Buoni Servizi					
<input type="radio"/> Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato					





**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 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"/> Attività sportive                 |
| <input type="checkbox"/> Attività culturali                            | <input type="checkbox"/> Attività di tempo libero          |
| <input type="checkbox"/> Assistenza in ambito scolastico/universitario | <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).

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

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'Uffici delle Politiche Sociali dell'Ente di Ambito Distrettuale Sociale n. 9:

- **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** \_\_\_\_\_,

**nato il** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_ **Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Codice IBAN** \_\_\_\_\_

**Conto Corrente Postale (NO LIBRETTO POSTALE) intestato a** \_\_\_\_\_

**nato il** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_ **Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Codice IBAN** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( firma leggibile )

## 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( firma leggibile )