*Allegato A)* All'Ente Ambito Territoriale Sociale n. \_

**DA COMPILARE ·SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il sottoscritto ----------- nato il a \_ residente a ----------- provincia. -- via/piazza --------- n°

tel.

fax

e-mail

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 È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

li/la sottoscritto/a nato/a il a· \_ residente a----------- Prov.\_\_ Via/Piazza ----------- n°

tel. fax e-mail \_

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 ----------- no

"

tel.

fax

* 1. ail

Codice fiscale

### . < *r*

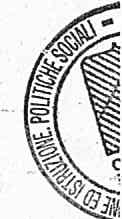
**PROGETTO PERSONALIZZATO**

**Composizione nucleo familiare**

### ,•

Nominativo Grado di parentela Data di nascita

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

□ Studente □ Lavoratore/trice

□ Disoccupato/a

□ Altro

□ Pensionato/a

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto

□ Da solo □ In famiglia

□ In comunità

□ Altro

Usufruisce dei seguent iservizi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

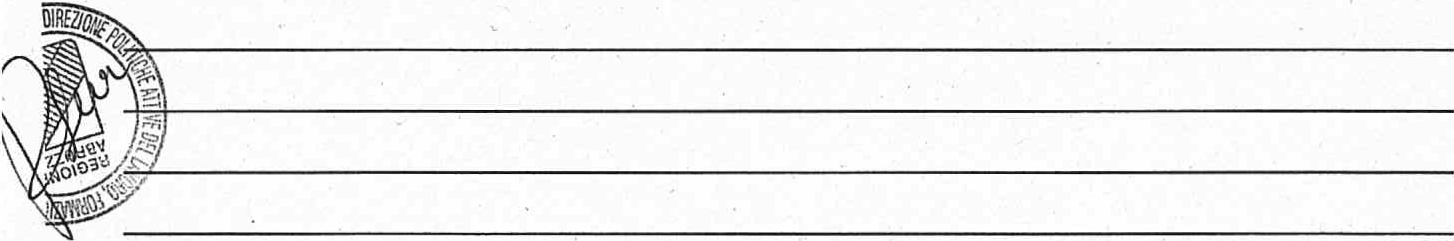
□ Telesoccorso/teleassistenza .

□ Assegno di disabilità gravissima

□ Altro

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

**Assistenza e cura svolta dai familiari**



## Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente

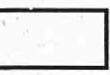
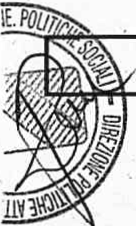


1. Obiettivi di vita autonoma:

2. Azioni ed interventi 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 ipasti | □ fare la spesa |  |
|  | □ gestire la presenza di ospiti | □ altro |  |  |

Area autonomia socio-lavorativa

□ spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione □ guida del mezzo a disposizione

□ utilizzo dei mezzi pubblici accessibili □ 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 complessivi del progetto: €------------Eventuale contributo della famiglia o di terzi: €------------Totale richiesta finanziamento: €----------------

.(.

'" ..

Il sottoscritto, informato 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 inva.lidità al100% 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 dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione aisensi dell'art. 75 del suddetto D. lgs..

# Modalità di pagamento

BANCA

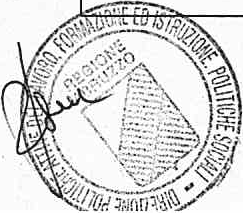
Agenzia -------------

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 sottoscritto, , 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 prev isti dalle leggi e dai regolamenti comunali in materia.

(Data e firma)