

**Allegato A)**All'Ente Ambito Territoriale Sociale n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a 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**

Il/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 \_\_\_\_\_ 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
   
  Lavoratore/trice  
 Disoccupato/a
   
  Pensionato/a  
 Altro

**Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:**

- Da solo
   
  In famiglia  
 In comunità
   
  Altro

**Usufruisce dei seguenti servizi:**

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare (AD)					
<input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica					
<input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata (ADI)					
<input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona					
<input type="checkbox"/> Assegno di cura					
<input type="checkbox"/> Trasporto					
<input type="checkbox"/> Buoni servizi					
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato					

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

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

**Assistenza e cura svolta dai familiari**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---


---

---

---

---

---

Protocollo n. 0000008 del 02-01-2023  




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

**1. Obiettivi di vita autonoma:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Azioni ed interventi richiesti:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Risultati attesi:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Protocollo n. 0000008 del 02-01-2023



**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 di ospiti | <input type="checkbox"/> altro             |  |

**Area autonomia socio-lavorativa**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione | <input type="checkbox"/> guida del mezzo a disposizione                |
| <input type="checkbox"/> utilizzo dei mezzi pubblici accessibili       | <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 complessivi del progetto:	€ _____
Eventuale contributo della famiglia o di terzi:	€ _____
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 dai 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)

