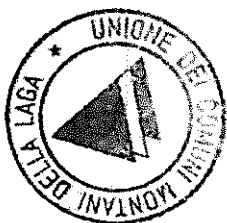


Società

**SCADONO IL 31 GENNAIO 2019 LE DOMANDE PER IL CONTRIBUTO VITA
INDIPENDENTE L.R. 57/2012**

Per avere accesso ai fondi della legge regionale 57 del 2012, relativa ad "Interventi regionali per la Vita Indipendente", occorre fare domanda entro il **31 gennaio 2019**. La legge in questione consente ai diversamente abili di presentare progetto di vita personale favorendo l'autodeterminazione ed il controllo del proprio quotidiano e del proprio futuro attraverso l'assistenza personale autogestita oppure con l'assunzione di uno o più assistenti personali. Gli interessati, persone diversamente abili dai 18 ai 67 anni, con un ISEE inferiore a € 20.000,00 devono utilizzare il modulo disponibile in allegato, corredato da una copia di un documento di riconoscimento e dalla certificazione di disabilità grave individuata dalle legge 104/92, ed inviarlo al proprio Ambito Distrettuale Sociale di riferimento o al Comune di residenza. L'attestato ISEE - indicatore della situazione economica, invece, può essere presentato all'Ambito Distrettuale Sociale Territoriale o al Comune di riferimento entro e non oltre il 10 marzo 2019.

Una volta raccolte le domande ed inviate alle Unità di Valutazione Multidisciplinare, gli Enti di Ambiti Distrettuale Sociale potranno inviare le richieste di finanziamento al Dipartimento della Regione competente per le politiche sociali.



PROT 58
del 22/1/18

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Studente | <input type="checkbox"/> Lavoratore/trice |
| <input type="checkbox"/> Disoccupato/a | <input type="checkbox"/> Pensionato/a |
| <input type="checkbox"/> Altro | |



Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da solo | <input type="checkbox"/> In famiglia |
| <input type="checkbox"/> In comunità | <input type="checkbox"/> 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



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

- | | | |
|---|---|--|
| <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.
- Dichiaro, 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 _____

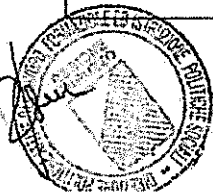
Codice IBAN : _____

(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)



COMUNE DI CAMPOLI - arrivo - Prot. 1390/PROT del 24/01/2019 - titolo VII - classe 12