

Al Comune di \_\_\_\_\_  
 Alla Cortese Attenzione  
 del Responsabile dei Servizi Socio-Assistenziali-Sanitari

All'Ente di Ambito Sociale n. 12  
 "Sangro Aventino"  
 Alla Cortese Attenzione  
 Del Responsabile dell'Ufficio di Piano

**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 INDIPENDENTE**"

**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
<input type="radio"/> <b>Servizio assistenza domiciliare (AD)</b>					
<input type="radio"/> <b>Assistenza infermieristica</b>					
<input type="radio"/> <b>Assistenza domiciliare integrata (ADI)</b>					
<input type="radio"/> <b>Servizio di aiuto alla persona</b>					
<input type="radio"/> <b>Assegno di cura</b>					
<input type="radio"/> <b>Trasporto</b>					
<input type="radio"/> <b>Buoni Servizi</b>					
<input type="radio"/> <b>Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato</b>					





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"/> 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 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 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)