

Allegato A)

All'Ente Ambito Territoriale Sociale n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ 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="radio"/> Studente      | <input type="radio"/> Lavoratore/trice |
| <input type="radio"/> Disoccupato/a | <input type="radio"/> Pensionato/a     |
| <input type="radio"/> Altro         |  |

### Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

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

### Usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
<input type="radio"/> Servizio assistenza domiciliare (AD)					
<input type="radio"/> Assistenza infermieristica					
<input type="radio"/> Assistenza domiciliare integrate (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					







Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente



1. Obiettivi di vita autonoma:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Azioni e di interventi richiesti:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Risultati attesi:

---

---

---

---

---

---

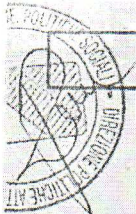
---

---

---

---





## 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 ,pern. \_\_\_\_\_ 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: € \_\_\_\_\_



I dati acquisiti in esecuzione del presente avviso verranno trattati e conservati dall'Amministrazione Comunale di Sulmona nel rispetto del Regolamento U.E. GDPR n°679/2016 per il periodo necessario allo sviluppo dell'attività amministrativa correlata. I dati raccolti verranno conservati per un periodo massimo di 10 anni, così come previsto dal piano di conservazione documentale per gli enti locali. Tale periodo potrà essere prolungato in caso di specifici eventi (ad es. contenzioso). I dati personali in questione saranno trattati:

- su supporti cartacei o informatici/telematici;
- da soggetti autorizzati al trattamento.

La raccolta dei dati è obbligatoria per la fase istruttoria del procedimento di concessione del beneficio; in assenza di essi il provvedimento finale non potrà essere emanato.

- **Si impegna a comunicare all'EAS l'eventuale ricovero di diretto interessato**

- **Allega alla presente domanda:**

- ☐ Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);
- ☐ Certificazione ai sensi dell'art.3, comma3, 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**

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**

li/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ai sensi del Reg. U.E.679/2016

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)

