

**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 \_\_\_\_\_



CONFIDENTIAL - PROTECTED BY 278 AT-09 NO. 00000418 dte h 2009 conf-2024.12

| Composizione nucleo familiare |     |
|-------------------------------|-----|
| 1                             | 2   |
| 3                             | 4   |
| 5                             | 6   |
| 7                             | 8   |
| 9                             | 10  |
| 11                            | 12  |
| 13                            | 14  |
| 15                            | 16  |
| 17                            | 18  |
| 19                            | 20  |
| 21                            | 22  |
| 23                            | 24  |
| 25                            | 26  |
| 27                            | 28  |
| 29                            | 30  |
| 31                            | 32  |
| 33                            | 34  |
| 35                            | 36  |
| 37                            | 38  |
| 39                            | 40  |
| 41                            | 42  |
| 43                            | 44  |
| 45                            | 46  |
| 47                            | 48  |
| 49                            | 50  |
| 51                            | 52  |
| 53                            | 54  |
| 55                            | 56  |
| 57                            | 58  |
| 59                            | 60  |
| 61                            | 62  |
| 63                            | 64  |
| 65                            | 66  |
| 67                            | 68  |
| 69                            | 70  |
| 71                            | 72  |
| 73                            | 74  |
| 75                            | 76  |
| 77                            | 78  |
| 79                            | 80  |
| 81                            | 82  |
| 83                            | 84  |
| 85                            | 86  |
| 87                            | 88  |
| 89                            | 90  |
| 91                            | 92  |
| 93                            | 94  |
| 95                            | 96  |
| 97                            | 98  |
| 99                            | 100 |

Data di nascita

[illegible]

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto |  |
|------------------------------------------------------------|--|

- 

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

- ☐ Da solo
- ☐ In comunità

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <p><b>Usufruisce dei seguenti servizi:</b></p> |
|------------------------------------------------|

| 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 |      |      |      |      |                 |



[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slightly textured appearance, typical of standard office paper. There is no handwriting or other markings on the page.



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)

