



COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA"

SERVIZIO SOCIALE

Prot. n. 0443/RIS

Avezzano, 16 GEN. 2019

Oggetto: ANNUALITA' 2020 - L.R. 23 novembre 2012, n.57 recante "Interventi Regionali per la Vita Indipendente". Comunicazioni.

Ai Sindaci dei Comuni
della Comunità Montana
Montagna Marsicana
Ambito Distrettuale n.2 Marsica 1

Al Presidente del Consorzio
"RE.SE.T. Rete Servizi Territoriali"
Via Sandro Pertini, 74
67051 Avezzano (AQ)
Fax n. 0863/489931

Al Presidente
dell'Associazione "ANFFAS Onlus"
67051 Avezzano (AQ)
anffasaz@virgilio.it

Al Presidente
dell'Associazione di Volontariato
"Help Handicap Onlus"
Via Trara, 86
67051 Avezzano (AQ)
Fax n. 0863/416142
helphandicap@libero.it

In riferimento alla legge di cui all'oggetto, si comunica il termine ultimo per la presentazione delle domande di VITA INDIPENDENTE come ogni anno scade il 31/01/2020, si trasmette in allegato modello della domanda da presentare entro detto termine, pena la decadenza dal beneficio (da Pubblicare all'Albo).

Si precisa che le domande protocollate presso i Comuni dovranno essere inviate a questo Ente per la relativa istruttoria.

I requisiti per l'accesso al beneficio sono: ISEE non superiore ad euro 20.000,00 – possesso del certificato L. 104/92 art.3 comma 3 - età da 18 a 67.

Per eventuali informazioni e chiarimenti contattare l'Ufficio Sociale dell'Ente.

Ringraziando per la collaborazione, si porgono cordiali saluti.



Il Responsabile del Servizio
Sabrina Frezza

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 | | | | | |

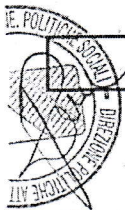
Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente



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.
- **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)

