

**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. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA  
**INDIPENDENTE" ANNUALITA' 2025**

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ 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 e s.m. e i. "INTERVENTI REGIONALI PER  
**LA VITA INDIPENDENTE" ANNUALITA' 2025**

a favore di: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
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>					

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore
-----------	------	------	------	------	-----

settimanali				
○ <b>Centro diurno/laboratorio</b>				
○ <b>Inserimento lavorativo e/o formativo</b>				
○ <b>Servizio socio-assistenziale scolastico e/o servizio socio educativo scolastico e/o extrascolastico</b>				
○ <b>Telesoccorso/teleassistenza</b>				
○ <b>Assegno di disabilità gravissima</b>				
○ <b>Altro _____</b>				

**Legenda: Pub.=pubblico; Pri.=privato; Con.=continuativo; Tem.=temporaneo**

[illegible]

Breve descrizione degli obiettivi del progetto di Vita Indipendente
---

1. Obiettivi di vita autonoma: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Azioni ed eventi 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 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 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), 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, 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'Uffici delle Politiche Sociali dell'Ente di Ambito Distrettuale Sociale n. 13.

- **Si impegna** a comunicare all'ECAD 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 \_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Conto Corrente Postale (NO LIBRETTO POSTALE) intestato a \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( firma leggibile )

#### **Consenso al trattamento dei dati sensibili**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( firma leggibile )