

All'Ente Ambito Territoriale Sociale n. _____

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 _____

C H I E D E

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) _____

C H I E D E

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
☐ Servizio assistenza domiciliare (AD)					
☐ Assistenza infermieristica					
☐ Assistenza domiciliare integrata (ADI)					
☐ Servizio di aiuto alla persona					
☐ Assegno di cura					
☐ Trasporto					
☐ Buoni Servizi					
☐ Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato					

Ore settimanali

- [illegible]

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

Assistenza e cura svolta dai familiari

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

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

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Alzarsi dal letto | ☐ Uso del wc | ☐ Lavarsi il viso |
| ☐ Lavarsi le mani | ☐ Lavarsi i capelli e pettinarsi | ☐ Igiene intima |
| ☐ Fare il bagno o doccia | ☐ Vestirsi o spogliarsi | ☐ Assistenza notturna |
| ☐ Semplici interventi sanitari | ☐ Gestione catetere | ☐ Gestione degli ausili |
| ☐ Coricarsi | ☐ Mangiare, bere | ☐ Altro |

Area autonomia domestica

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Pulire la casa | ☐ Preparare i pasti | ☐ Fare la spesa |
| ☐ Gestire la presenza degli ospiti | ☐ Altro | |

Area autonomia socio-lavorativa

- | | |
|--|--|
| ☐ Spostarsi in carrozzina fuori dall'abitazione | ☐ Guida del mezzo a disposizione |
| ☐ Utilizzo dei mezzi pubblici | ☐ Partecipazione attività culturali |
| ☐ Attività relativa al tempo libero | ☐ Disbrigo di pratiche burocratiche |
| ☐ Utilizzo strumenti informatici | ☐ Accompagnamento fuori casa |
| ☐ Assistenza sul posto di lavoro | ☐ Assistenza in ambito scolastico/universitario |
| ☐ Attività sportive | ☐ Attività culturali |
| ☐ Attività di tempo libero | ☐ 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

€ _____

Totale richiesta finanziamento

€ _____

Il/la sottoscritto/a,

- **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)

INFORMATIVA

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informa che il trattamento dei dati personali forniti per il servizio in oggetto è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali nelle singole materie che disciplinano i servizi con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili e incaricati di altri soggetti pubblici che debbano partecipare al procedimento amministrativo.

I dati potranno altresì essere comunicati o portati a conoscenza dei soggetti autorizzati al trattamento impiegati presso i singoli servizi comunali interessati dalla richiesta.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo e la loro mancata indicazione comporta, quindi, l'impossibilità di beneficiare del servizio ovvero della prestazione finale.

I dati personali non saranno trasferiti presso paesi terzi o a organizzazioni internazionali.

Il periodo di conservazione dei dati personali è determinato secondo il criterio giuridico collegato alla validità del procedimento amministrativo di cui l'interessato è beneficiario, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati.

L'interessato, fatti salvi i dati conferiti obbligatoriamente e detenuti per disposizione di legge al fine di garantirne il pubblico servizio, ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati ove applicabile.

L'interessato ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Il Titolare del trattamento esclude di trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti. In caso si renda necessario un ulteriore trattamento saranno fornite all'interessato informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente.

Il Titolare del Trattamento è L'ECAD n. 24 "Gran Sasso-Laga", con Sede Amministrativa in Tossicia, Via Piana dell'Addolorata, nella persona del Responsabile dei Servizi Sociali Dr. Piergiorgio Possenti

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Preso atto della presente informativa resa ai sensi del GDPR n. 2016/679 "Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati", esprimo il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso Pubblico.

(Data e firma)