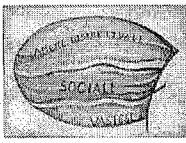



 <p>REGIONE ABRUZZO</p>			<p>Logo ASL</p> 
 <p>abruzzo Sociale</p>			<p>Logo Distretto</p>

**Ambito Distrettuale Sociale n. 07 "Vastese"**  
**ECAD Comune di Vasto**

**Azienda ASL N° 02 di  
LANCIANO VASTO CHIETI**

Prot. 1961 13.01.2020

**Piano sociale distrettuale  
(P.S.R. 2016/2018)**

**AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AI BENEFICI  
PREVISTI DALLA L.R. 57/2012 PROGETTI "VITA  
INDIPENDENTE  
SCADENZA 31.01.2020**

Ai sensi della L.R. 23 novembre 2012 n. 57 “Interventi Regionali per la Vita Indipendente”, la Regione Abruzzo riconosce e garantisce alle persone disabili in situazione di gravità, come individuate dall'art. 3, comma 3 della L.104/92, capaci di autodeterminazione, residenti nel territorio regionale, il diritto alla vita indipendente attraverso il finanziamento di progetti annuali di assistenza personale autogestita.

Con delibera n. 759 del 15 dicembre 2017, la Giunta Regionale ha stabilito in € 20.000,00 il valore massimo dell'ISEE nonchè l'importo massimo del finanziamento ammissibile per ciascun livello di intensità assistenziale.

Gli utenti residenti (età compresa tra 18 e 67 anni) nei Comuni dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 07 Vastese, che intendono usufruire di questa tipologia di assistenza sono tenuti a presentare istanza **entro il 31.01.2020 corredata** dalla documentazione di seguito elencata, **direttamente presso il Comune di residenza che, dopo la protocollazione di rito, alla scadenza del termine previsto dal bando, provvederà a inoltrarle al Capofila Vasto.**

La domanda, debitamente firmata, dovrà contenere:

- progetto individuale;
- **ISEE, da produrre perentoriamente entro il 08 marzo 2020 ;**
- certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104;
- fotocopia documento di identità.

Per informazioni rivolgersi a:

***Sportelli del Segretariato sociale dei rispettivi Comuni (Vasto, San Salvo, Cupello, Fresagrandinaria, Lentella, Casalbordino, Torino di Sagnro, Pollutri e Villalfonsina).***

Info mail: a.ariano@comune.vasto.it

Si allega: modello di domanda.

Vasto, 13.01.2020.



IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO  
AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE 07 VASTESE

Ariano Antonio Barsanofio

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

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 \_\_\_\_\_



# 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					

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
<input type="checkbox"/> Centro diurno/laboratorio					
<input type="checkbox"/> Inserimento lavorativo e/o formativo					
<input type="checkbox"/> Servizio socio-assistenziale scolastico e/o servizio socio-educativo scolastico e/o extrascolastico					
<input type="checkbox"/> Telesoccorso/teleassistenza					
<input type="checkbox"/> Assegno di disabilità gravissima					
<input type="checkbox"/> Altro					

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

**Assistenza e cura svolta dai familiari**




---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

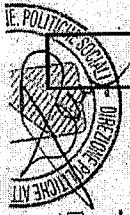
---

---

---







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.
- Dichiaro, 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)

