

AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI PER LA "VITA INDIPENDENTE"

- ANNUALITA' 2019-

Normativa di riferimento: L.R. 57/2012 – Delibera di Giunta Regionale 759 del 15 dicembre 2017.

Si avvisa che fino al **31 gennaio 2019** è aperta la possibilità, per gli aventi diritto, di presentare le domande per il progetto "Vita indipendente" anno 2019, ai sensi dell'art. 2 della L.R. n.57/2012 (Interventi regionali per la vita indipendente)

Le istanze redatte su apposito **modulo di domanda allegato A** scaricabile sul sito dell'Unione all'indirizzo www.unionemontanadeicomunidsangro.it e corredate dal **modulo dichiarazione allegato B** e da tutta la documentazione, dovranno essere presentate in busta chiusa con la dicitura "*Progetto di vita indipendente – anno 2019*" presso i Comuni di residenza o presso l'Unione Montana dei Comuni del Sangro Via Duca Degli Abruzzi 104 Villa Santa Maria.

I destinatari degli interventi devono possedere i seguenti requisiti:

- essere persona con disabilità in situazione di gravità debitamente certificata ai sensi dell'art.3 c.3 della L. 104/92 con permanente grave limitazione dell'autonomia personale non derivante da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento, non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione degli stessi;
- essere residenti nella Regione Abruzzo e ricompresi nella fascia di età 18-67 anni;
- non devono superare i limiti di reddito previsti dalla DGC n. 759 del 15.12.2017 (ISEE in corso di validità non superiore a 20.000 euro)
- avere la capacità di autodeterminazione relazionale in base al DGR 452 del 29.06.2018.

Per informazioni a riguardo è possibile rivolgersi presso gli Sportelli di Segretariato Sociale dei Comuni di Residenza, presso gli uffici dell'Ambito Distrettuale Sociale n.12 in via Duca degli Abruzzi 104, Villa S. Maria e presso l'Unione dei Comuni Montani Majella Orientale Verde Aventino, Via Roma n. 5, Palena.

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

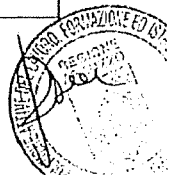
Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ Prov. _____ via/piazza _____ n° _____
tel. _____ fax _____ e-mail _____
Codice fiscale _____

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					

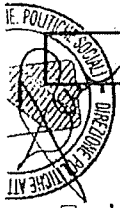
Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente



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.
- 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 _____

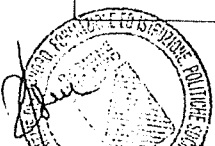
Codice IBAN : _____

(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)





**UNIONE MONTANA
DEI COMUNI DEL SANGRO**

Ente Capofila

Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino

Via Duca degli Abruzzi n. 104 - Villa Santa Maria (CH)

Partita IVA/Codice Fiscale 02466720691 Telefax 0872.944201

sito istituzionale: www.unionemontanadeicomunidelsangro.it

pec: unionemontanacomunidelsangro@legpec.it e-mail: unionemontanacomunidelsangro@gmail.com

Allegato B

Il/La Sottoscritto/a

nato/a a Prov..... il..... Residente a.....

in via/piazza..... n..... Cap..... Tel.....

E-mail..... CF.....

In qualità di

- Diretto interessato
- Familiare
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) _____

Dell sig./sig.ra

Nato/a a Prov..... il..... Residente a.....

in via/piazza..... n..... cap..... Tel.....

E-mail..... CF.....

In relazione alla domanda presentata per gli Interventi Regionali per la Vita Indipendente, L.R. 23/11/2012 n.57,

DICHIARA

di aver preso visione di quanto previsto nell'informativa sulla privacy dell'Unione Montana dei Comuni del Sangro, relativa alla protezione dei dati personali.

In fede

_____, li _____

Firma
