

AMBITO
DISTRETTUALE
SOCIALE



AVVISO PUBBLICO

**LEGGE REGIONALE N. 57/2012 INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA
INDIPENDENTE ANNUALITA' 2020**

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano ECAD 17:
Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 759 del 15.12.2017,

RENDE NOTO

che le domande di "Progetto di Vita Indipendente" annualità 2020, redatte su apposito modello regionale, dovranno essere consegnata a mano o spedita a mezzo servizio postale tramite raccomandata a/r o inviata a mezzo pec al seguente indirizzo: ecad.montagnapescarese@legalmail.it e dovranno pervenire, pena esclusione, all'Ufficio di Piano dell'ECAD 17 presso il Comune di Manoppello via Corso Santarelli n. 46, - 65024 - Manoppello C.U. (Pe) entro e non oltre il giorno 31 gennaio 2020 ore 12,00. Si precisa che per le domande inviate a mezzo posta non farà fede il timbro postale di partenza, mentre la consegna a mano potrà avvenire dalle ore 9,00 alle ore 12,00 dal lunedì al venerdì all'ufficio di Piano dell'ECAD 17 presso il Comune di Manoppello C.U.

Per le domande consegnate presso il proprio Comune di residenza il termine è fissato, pena esclusione, per il giorno il 30 gennaio 2020 per permettere al comune di inviare le richieste all'Ambito Sociale Distrettuale (ECAD) n. 17 entro il 31 gennaio 2020.

Alla domanda deve essere allegata certificato ISEE. Nel caso di presentazione del relativo DSU il certificato ISEE dovrà essere presentato entro e non oltre il giorno 11 febbraio 2020.

Allegati al presente Avviso:

- Modello di domanda di progetto di Vita Indipendente;
- Legge Regionale n. 57/2012;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 759 del 15.12.2017;
- Linee Guida L.R. n. 57/2012;
- ALLEGATO B - Art 13 regolamento UE 2016/679- (GDPR)

Responsabile Ufficio di Piano ECAD 17: Dr. Massimiliano Esposito.

Per ulteriori informazioni telefonare, in orari d'ufficio, al numero 085/9154195.

Manoppello, li 07.01.2020.



Il Responsabile Ufficio di Piano
ECAD 17

(Dr. Massimiliano Esposito)

AMBITO
DISTRETTUALE
SOCIALE

Montagna Pescarese

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 _____

Protocollo n. 0000011 del 07-01-2020



PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucleo familiare

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- Studente
 Lavoratore/trice
 Disoccupato/a
 Pensionato/a
 Altro



Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- Da solo
 In famiglia
 In comunità
 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					



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)

