



COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA DI L'AQUILA"

ECAD N. 5 "MONTAGNE AQUILANE"

Gestione Commissario liquidatore - D.P.G.R. n. 040 dell'19.06. 2017

Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594

Posta certificata: montagnalaquila@pec.it

Email : serviziosociale@hotmail.it; cmamit@regione.abruzzo.it; informazioni@sirentina.it

Prot 102

AVVISO

Si comunica che ai sensi della LR 23 novembre 2012, n 57 "**Interventi Regionali per la vita indipendente**" i soggetti interessati, **entro il 31 gennaio 2019**, possono presentare all'Ambito Sociale richiesta di finanziamento del progetto personale autogestito.

I destinatari del progetto di vita indipendente devono possedere i seguenti requisiti:

- Essere persona con disabilità in situazione di gravità debitamente certificata ai sensi dell'art. 3 c. 3 della L. 104/1992, 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 DGR n. 759 del 15.12.2017 (ISEE in corso di validità non superiore ad € 20.000,00).

A cura dell'Ambito le istanze dei soggetti in possesso dei requisiti sopra elencati saranno inviate alla Unità di Valutazione Multidisciplinare del Distretto Sanitario di competenza per le successive valutazioni.

Entro il 31 marzo 2019 sulla base delle valutazioni espresse dalla UVM l'Ente di Ambito Sociale invierà alla Regione Abruzzo la graduatoria elaborata e le relative richieste di finanziamento.

Il Progetto unitamente alla richiesta del relativo finanziamento, dovrà essere redatto esclusivamente utilizzando il modello di domanda e di elaborazione del progetto predisposto dalla Direzione Regionale competente, **allegato A** del presente avviso.

Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104;
- Certificato di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento
- Proposta di piano personale che illustra le esigenze personale e gli obiettivi di massima che si intendono soddisfare;
- Piano economico generale di spesa preventivato in base al monte ore di assistenza previsto;
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del diretto interessato e di chi presenta l'istanza se diverso dal diretto interessato;
- ISEE in corso di validità.

La domanda corredata dalla documentazione richiesta deve essere inoltrata all'Ambito sociale al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: montagnalaquila@pec.it.

Eventuali chiarimenti in merito potranno essere richiesti dagli interessati alle Assistenti Sociali presenti negli uffici del servizio sociale professionale di Pizzoli piazza del municipio n 9 tel. 0862 975531, o di Barisciano via Cavour n. 43/a tel. 086289661, o di Secinaro strada provinciale 11 sirentina n. 4 tel. 086479175, gli uffici saranno aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle 12,30.

Barisciano 24 gennaio 2018



responsabile dei servizi sociali
Dott.ssa Maura Viscogliosi

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

- 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)

