ADS 5
MONTAGNE AQUILANE

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

Comune di Capitignano Prot. n° 0000377 del 25-01-2019 arrivo Cat. 1 Cl 6

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 disabiltà 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

COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA L'AQUILA" - ECAD 5 MONTAGNE AQUILANE

La responsabile dei servizi sociali
Dott.ssa Maura Viscogliosi

Comune di Capitignano Prot. n° 0000377 del 25-01-2019 arrivo Cat. 1 Cl 6

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 _____

Comune di Capitignano Prot. n° 0000377 del 25-01-2019 arrivo Cat. 1 Cl 6

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					

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

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

Assistenza e cura svolta dai familiari

Comune di Capitignano Prot. n° 0000377 del 25-01-2019 arrivo Cat. 1 Cl 6

Comune di Capitignano Prot. n° 0000377 del 25-01-2019 arrivo Cat. 1 Cl 6

Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente

1. Obiettivi di vita autonoma:

2. Azioni ed interventi richiesti:

3. Risultati attesi:

Comune di Capitignano Prot. n° 0000377 del 25-01-2019 arrivo Cat. 1 Cl 6

In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree

Area autonomia personale

- ☐ alzarsi dal letto
- ☐ lavarsi le mani
- ☐ fare il bagno o doccia
- ☐ semplici interventi sanitari
- ☐ coricarsi
- ☐ uso del wc
- ☐ lavarsi i capelli e pettinarsi
- ☐ vestirsi o spogliarsi
- ☐ gestione catetere
- ☐ mangiare, bere
- ☐ lavarsi il viso
- ☐ igiene intima
- ☐ assistenza notturna
- ☐ gestione degli ausili
- ☐ altro

Area autonomia domestica

- ☐ pulire la casa
- ☐ gestire la presenza di ospiti
- ☐ preparare i pasti
- ☐ altro
- ☐ fare la spesa

Area autonomia socio-lavorativa

- ☐ spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione
- ☐ utilizzo dei mezzi pubblici accessibili
- ☐ attività relativa al tempo libero
- ☐ utilizzo strumenti informatici
- ☐ assistenza sul posto di lavoro
- ☐ attività sportive
- ☐ attività di tempo libero
- ☐ guida del mezzo a disposizione
- ☐ partecipazione attività culturali
- ☐ disbrigo di pratiche burocratiche
- ☐ accompagnamento fuori casa
- ☐ assistenza in ambito scolastico/universitario
- ☐ attività culturali
- ☐ 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.
- **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 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)

Comune di Capitignano Prot. n° 0000377 del 25-01-2019 arrivo Cat. 1 Cl 6