

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. (____), residente a _____ prov. (____)
via/piazza _____ n. _____ tel. _____ fax _____
e-mail _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

L'assegnazione del contributo di cui al progetto del Comune di Pescara, presentato e finanziato ai sensi del Decreto Direttoriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 134/2013 e successivo Decreto Direttoriale n. 261/2013, di stipula del Protocollo d'Intesa tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Abruzzo – **“Progetti annuali Sperimentali di Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità (grave), di età compresa tra i 18 ed i 64 anni”**.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov. (____), 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 al progetto del Comune di Pescara, presentato e finanziato ai sensi del Decreto Direttoriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 134/2013 e successivo Decreto Direttoriale n. 261/2013, di stipula del Protocollo d'Intesa tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Abruzzo – **Progetti annuali Sperimentali di Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità (grave), di età compresa tra i 18 ed i 64 anni”**.

A favore di:
Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____ (____)
residente a _____ prov. (____) via/piazza _____ n. _____
tel. _____ fax _____ e.mail _____
Codice Fiscale _____

AI FINI DELLA CORRETTA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA, SI CHIEDE DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI E DI PRODURRE , PENA L'ESCLUSIONE, L'INTERA DOCUMENTAZIONE INDICATA.

PROPOSTA DI PROGETTO

(N.B. Il “progetto individualizzato definitivo , sarà elaborato sulla seguente proposta di progetto eventualmente rimodulata con interventi multidisciplinare, tesi all'individuazione dei bisogni, delle capacità residue e delle risorse familiari e personali, frutto di un costante coinvolgimento attivo del soggetto protagonista, attraverso colloqui, visite domiciliari e momenti di gruppo)

Composizione nucleo familiare

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Certificazione di invalidità civile e/o riconoscimento legge 104/92 e s.m.i., in situazione di gravità*

* indicare SI/NO (se SI, allegare relativa documentazione).

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 |

Condizione abitativa

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> In affitto da privato | <input type="checkbox"/> Zona periferica ben servita |
| <input type="checkbox"/> In affitto da Ente Pubblico | <input type="checkbox"/> Zona periferica poco servita |

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					

<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

Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di vita indipendente
--

(N.B. Il progetto individualizzato farà riferimento ai diversi aspetti ed ambiti della vita quotidiana quali: l'istruzione, il lavoro, la salute, la mobilità personale, l'accesso alle diverse offerte culturali etc.).

1. Obiettivi di vita autonoma:

2. Azioni ed interventi richiesti:

- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) Comunale o ASSISTENZA DOMICILIARE indiretta;
- TAXI SOCIALE;
- BORSA LAVORO;
- CENTRO DIURNO;
- SOSTEGNO DEL REDDITO (abitativo, utenze....).

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 la 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"/> partecipazioni attività culturali |
| <input type="checkbox"/> attività relative 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/annue. Totale complessivo ore _____ annue.

Assunzione dell'assistente familiare

(barrare solo una delle due caselle)

- avvenuta in data _____ (è obbligatorio produrre 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'Ambito Sociale n. 31 – Pescara.
- si impegna, sin da subito, a presentare la documentazione relativa alla rendicontazione delle spese per le azioni ed interventi richiesti di cui al precedente punto 2..

Il Sottoscritto chiede di essere sottoposto a nuova Valutazione sul livello d'intensità assistenziale, mediante Scala Barthel o diversa scala valutativa, comunque validata dalla Regione Abruzzo.

N.B. In caso di non richiesta di nuova valutazione, l'U.V.M. utilizzerà la precedente valutazione effettuata per analoga procedura di "Vita Indipendente" finanziata dalla Regione Abruzzo.

Partecipazione Referenti in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.)

Si richiede la partecipazione di:

- Referente del Volontariato: _____
- Referente Terzo Settore: _____
- Referente Associazionismo: _____

- **Si impegna** a comunicare all'EAS l'eventuale ricovero del diretto interessato;
 - **Allega** alla presente domanda:
- (N.B. SI RICORDA CHE, PENA L'ESCLUSIONE LA DOCUMENTAZIONE INDICATA DEVE ESSERE PRODOTTA).**
- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) personale dell'interessato;
 - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 e s.m.i.;
 - Certificato di invalidità civile, se in possesso;
 - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, dell'interessato;
 - Situazione reddituale dei familiari residenti, debitamente certificati;
 - Certificazione di invalidità civile e/o riconoscimento legge 104/92, in situazione di gravità, relativa ai familiari, se in possesso;
 - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto sottoscrittore diverso dall'interessato;

N.B. IL CONTRIBUTO PUO' ESSERE EROGATO ESCLUSIVAMENTE A FRONTE DELLA PRESENTAZIONE DI ADEGUATA RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE PER LE AZIONI ED INTERVENTI PUNTUALMENTE INDICATI AL PUNTO 2. DELLA "BREVE DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE".

Modalità di pagamento

BANCA _____ Agenzia _____

Conto Corrente n. _____ Intestato a : _____

Codice IBAN: _____

Conto corrente postale n. _____ intestato a _____

Codice IBAN: _____

Il sottoscritto/a è informato, 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 al Servizio Servizi alla Persona dell'Ente d'Ambito Sociale n. 31, Pescara.

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 dei benefici eventualmente conseguiti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs..

Pescara, li _____

(Firma)