

All'ECAD 15
Comune di Pescara
Settore Politiche Sociali
Servizio Piano d'ambito e Programmazione Sociale
Piazza Italia 1
65121 PESCARA

OGGETTO: “Avviso Pubblico per l’assegnazione di contributi a progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità grave di età compresa tra 18 e 64 anni” – CUP I99E19000260005

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È 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 dei Decreti del Direttore Generale della Div. V del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali n. 669/2018 e n. 138/2019, **“Progetti Sperimentali in materia 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 È 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 dei Decreti del Direttore Generale della Div. V del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali n. 669/2018 e n. 138/2019, **“Progetti Sperimentali in materia 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 TUTTA LA DOCUMENTAZIONE INDICATA.

PROPOSTA DI PROGETTO

(N.B. Il progetto individualizzato definitivo sarà elaborato sulla seguente proposta di progetto, eventualmente rimodulata con interventi dell'equipe 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 (escluso il richiedente)

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). Tale documentazione deve essere posseduta alla data della presentazione della domanda.

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.	Temp.	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; Temp.= temporaneo

Assistenza e cura svolta dai familiari

Breve descrizione degli obiettivi del progetto di vita indipendente e risultati attesi

(N.B. Il progetto individualizzato deve far 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. Risultati attesi

3. Azioni ed interventi richiesti:

- ASSISTENZA PERSONALE (presso il domicilio familiare, a supporto del *co-housing* sociale)
- ABITARE IN AUTONOMIA (attraverso sperimentazioni di *housing* o *co-housing* sociale)
- TRASPORTO SOCIALE (con convenzioni con i trasporti privati)

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 le caselle di interesse)

- garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare successivamente alla comunicazione di ammissione al contributo dell'ECAD 15 – Pescara
oppure
assunzione avvenuta in data _____ (**è obbligatorio** produrre copia del contratto di lavoro);
- si impegna sin da subito, successivamente alla comunicazione di ammissione al contributo, a presentare la documentazione relativa alla rendicontazione delle spese per le azioni ed interventi richiesti ed attivati.
- garantisce, successivamente alla comunicazione di ammissione al contributo, la presentazione della documentazione comprovante il processo di de-istituzionalizzazione, contrasto alla segregazione e all'isolamento.

Il Sottoscritto chiede di far valere la valutazione per le scale Barthel e Gillan già effettuata dall'U.V.M. nel corso del corrente anno per il progetto "Vita Indipendente 2019" finanziato dalla Regione Abruzzo.

SI NO

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'ECAD 15 Pescara l'eventuale ricovero del diretto interessato.

Allega alla presente domanda:

- Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 e s.m.i.;
- Certificato di invalidità civile, se in possesso;
- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) personale dell'interessato (ristretto);
- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare residente;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, dell'interessato;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto sottoscrittore diverso dall'interessato.

LA PERSONA INTERESSATA SI IMPEGNA, SU RICHIESTA DELL'AMMINISTRAZIONE, A PRODURRE OGNI ALTRA EVENTUALE DOCUMENTAZIONE UTILE ALLA VALUTAZIONE DEL PROGETTO.

N.B. IL CONTRIBUTO PUÒ ESSERE EROGATO ESCLUSIVAMENTE A FRONTE DELLA PRESENTAZIONE DI ADEGUATA RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE PER LE AZIONI ED INTERVENTI INDICATI AL PUNTO 3 DEL CAPOVERSO "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/la 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. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e degli art. 4, 5 e 7 del Regolamento UE 2016/679, dichiaro di aver preso visione dell'Informativa n. 13 allegata all'Avviso pubblico per l'assegnazione di contributi a progetti sperimentali in materia di Vita Indipendente ed inclusione nella società per le persone con disabilità grave di età compresa tra i 18 e i 64 anni.

Il/la sottoscritto/a è, altresì, 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)