

## ALLEGATO A

Comune di Pescara  
Servizio "Politiche Sociali, Famiglia e Disabilità"  
Piazza Italia, 1- 65121

**MODULO DI DOMANDA:** Richiesta di assegnazione di contributi per progetti sperimentali in materia di vita indipendente - annualità 2018 - 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:**

<b>tipologia</b>	<b>Pub.</b>	<b>Pri.</b>	<b>Con.</b>	<b>Temp.</b>	<b>Ore settimanali</b>
<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 o supporto del *housing/co-housing* sociale)
- TRASPORTO SOCIALE (con convenzioni con i trasporti privati)

<b>In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree</b>
---

#### 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.

#### 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.

**Dichiara di essere a conoscenza che:**

- per coloro che hanno già ricevuto una valutazione UVM per il Progetto di Vita Indipendente Regionale – annualità 2021 sarà presa in esame la predetta documentazione, senza necessità di effettuare una nuova visita;
- l'erogazione del contributo non è compatibile con altri finanziamenti in corso riferiti alle medesime finalità (Home Care Premium, Vita Indipendente Regionale, ecc.);
- non possono partecipare al presente Avviso coloro che hanno già usufruito del medesimo progetto finanziato mediante gli stessi fondi relativi all'annualità 2018;
- ha preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 allegata all'Avviso pubblico;
- può andare incontro a responsabilità penali ai sensi dell'art. 76 del 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 predetto D.lgs.

**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 PREVISTI DAL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE.**

**Modalità di pagamento**

Il beneficiario dichiara, ai sensi dell'art. 3, comma 7, della Legge n. 136 del 13 Agosto 2010, che i dati relativi al conto corrente, anche in modo non esclusivo, destinato al contributo in oggetto è il seguente:

BANCA \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

Conto Corrente n. \_\_\_\_\_ Intestato a: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Conto corrente postale n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Pescara, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)