ALLEGATO A

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

MODULO DI DOMANDA: Richiesta di assegnazione contributi per progetti in materia di Vita Indipendente - FNNA 2019.

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, afferente al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza 2019 per progetti in materia di Vita Indipendente, finalizzato all' inclusione nella società delle persone con disabilità grave di età superiore ai 18 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, afferente al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza 2019 per progetti in materia di Vita Indipendente, finalizzato all' inclusione nella società delle persone con disabilità grave di età superiore ai 18 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

☐ Studente	☐ Lavoratore/trice
☐ Disoccupato/a	☐ Pensionato/a
☐ Altro _____	

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto

☐ Da solo	☐ In famiglia
☐ In comunità	☐ Altro _____

Condizione abitativa

☐ In affitto da privato	☐ Zona periferica ben servita
☐ In affitto da Ente Pubblico	☐ Zona periferica poco servita

Usufruisce dei seguenti servizi:

tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Temp.	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					
☐ 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; 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 proprio domicilio familiare o impiegato in progetti di inclusione sociale e relazionale);
- ABITARE IN AUTONOMIA – HOUSING SOCIALE (spese per il personale e costi di locazione, bollette, ecc., ad esclusione delle spese di domotica);
- TRASPORTO SOCIALE (attraverso convenzioni con i trasporti privati).

In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree

Area autonomia personale

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

Area autonomia domestica

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

Area autonomia socio-lavorativa

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

Assistenza personale

n. _____ ore settimanali, per n. _____ settimane annue. Totale complessivo ore _____ annue.

Trasporto Sociale

n. _____ trasporti settimanali, per un totale complessivo di € _____ mensili (si precisa che il contributo massimo riconosciuto dall'Ente sarà pari ad € 250,00 per ciascun mese).

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 ad eccezione degli utenti che dovessero farne richiesta;
- l'erogazione del contributo non è compatibile con altri finanziamenti in corso riferiti alle medesime finalità (Home Care Premium, Vita Indipendente Regionale, Assegno di Cura, ecc.);
- 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)