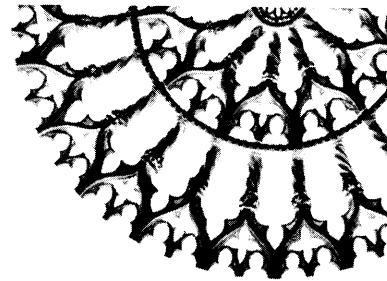




# Comune dell'Aquila

Settore Politiche per il Benessere della Persona

Prot. n. 6953 DEL 18-01-19



## AVVISO

**L.R. 23 NOVEMBRE 2012, N. 57 - "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE" ANNO 2019**

Ai sensi dell'art. 10, rubricato "Domande di progetto di Vita Indipendente", delle Linee Guida Di cui alla menzionata Legge Regionale 23.11.2012, N. 57, recante "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE", e facendo seguito a conforme comunicazione resa dalla Regione Abruzzo giusta nota prot. n. RA0013969/19/16.01.2019,

### SI RENDE NOTO CHE

I cittadini residenti di età compresa tra i 18 e i 67 anni di età possono presentare un progetto individuale per la "Vita Indipendente" presso il Settore Politiche per il Benessere della Persona del Comune dell'Aquila, sito in Viale Aldo Moro n. 30 - 67100 L'Aquila, **entro e non oltre il 31 gennaio 2019**, per poter accedere al fondo di finanziamento regionale previsto ed assegnato a questo Ente Locale per gli interventi programmati per la "Vita Indipendente" - annualità 2019.

Ulteriori requisiti dei destinatari del progetto, sono quelli di seguito indicati:

- disabilità in situazione di gravità debitamente certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate);
- invalidità al 100% ed indennità di accompagnamento ai sensi dell'art. 20 della Legge 3 agosto 2009 n. 102;
- non superare il limite di reddito previsto dalla DGR n. 759 del 15/12/2017, ISEE in corso di validità non superiore ad € 20.000,00.

Il Progetto, unitamente alla richiesta del relativo finanziamento, dovrà essere redatto esclusivamente utilizzando il modello di Domanda e di elaborazione del Progetto, Allegato A) alla presente, predisposto dalla Direzione Regionale competente, cui allegare altresì la seguente documentazione:

- a) certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104;
- b) certificazione di invalidità al 100% ed indennità di accompagnamento ai sensi dell'art. 20 della Legge 3 agosto 2009 n. 102;
- c) proposta di piano personale che illustra le esigenze personali e gli obiettivi di massima che si intendono soddisfare;
- d) piano economico generale di spesa preventivato in base al monte di assistenza previsto;
- e) fotocopia di un documento di identità in corso di validità del diretto interessato e dell'istante qualora diverso dal diretto interessato.

La suddetta richiesta e il relativo progetto devono essere sottoscritti dall'utente ovvero, in caso di impossibilità, dal Tutore/Amministratore di sostegno, ovvero ancora da familiare ovvero ancora da altro soggetto legittimato.

Ai sensi dell'art. 11, rubricato "Voci di spesa ammesse al finanziamento", della richiamata Legge Regionale n. 57/2012, saranno ammesse a finanziamento esclusivamente le seguenti tipologie di spesa:

- a) somme corrisposte all'assistente personale per le prestazioni fornite, in base al tipo di rapporto di lavoro instaurato e al rispetto del CCNL di riferimento;
- b) contributi previdenziali ed assicurativi previsti per legge;
- c) eventuali spese di vitto/alloggio nel caso di effettuazione del servizio fuori della sede di residenza;
- d) spese di rendicontazione per una quota massima del 10% di ciascun progetto.

Eventuali chiarimenti in merito potranno essere richiesti dagli interessati all'Assistente Sociale referente per l'Ente, Dott.ssa Maria De Luca, contattabile al n. 0862/645500, ovvero direttamente presso l'Ufficio Disabili del Comune, sito al 1° piano della sede municipale di Viale Aldo Moro n. 30, nei seguenti orari di apertura diretta al pubblico:

- Lunedì e Giovedì dalle ore 9,30 alle ore 13,30
- Mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Responsabile del procedimento ex lege è la Dott.ssa Silvia Caruso, tel. 0862/645521, mail [servizio.politichesociali@comune.laquila.it](mailto:servizio.politichesociali@comune.laquila.it).

L'Aquila, 18 gennaio 2019

IL DIRIGENTE  
Dott. Fabrizio Giannangeli

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**

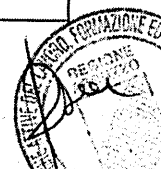
l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE"

a favore di: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_



# PROGETTO PERSONALIZZATO

## Composizione nucleo familiare

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita

## 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:

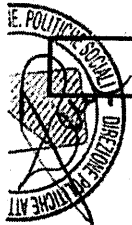
- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da solo     | <input type="checkbox"/> In famiglia |
| <input type="checkbox"/> In comunità | <input type="checkbox"/> Altro       |

## 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					







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 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"/> partecipazione attività culturali             |
| <input type="checkbox"/> attività relativa 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. 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.
- Dichiaro, 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)

