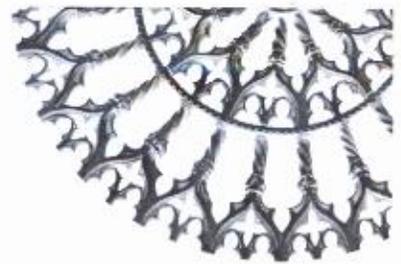




Comune dell'Aquila

Città dell'Aquila
Prot n° 0010336 del 31/01/2020

INTERNA



AVVISO

LEGGE REGIONALE 23 NOVEMBRE 2012, N. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE" ANNUALITÀ 2020

In base alla previsioni di cui all'art. 10, recante "*Domande di progetto di Vita indipendente*", delle Linee guida approvate con Legge Regionale 23 novembre 2012, n. 57, "*Interventi regionali per la Vita Indipendente*" e facendo seguito a specifica comunicazione della Regione Abruzzo prot. n. RA0019580/20 del 23 gennaio scorso,

SI RENDE NOTO CHE

I cittadini di età superiore ai 18 anni, nonché i rappresentanti legali dei predetti soggetti in caso di disabili psico-relazionali, possono presentare un progetto individuale per la "*Vita Indipendente*" presso il Settore Politiche per il Benessere della Persona, sito in Viale Aldo Moro n. 30 – 67100 L'Aquila, **entro e non oltre il 21 febbraio 2020** per poter accedere al fondo di finanziamento regionale previsto ed assegnato a questo Ente Locale per gli interventi programmati per la "*Vita Indipendente*", per l'annualità 2020.

Ulteriori requisiti dei quali devono risultare in possesso i destinatari del progetto, sono quelli di seguito indicati:

- Condizione di disabilità grave debitamente certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 smi;
- Invalidità al 100% e riconoscimento indennità di accompagnamento ai sensi dell'art. 20, della Legge 3 agosto 2009, n. 102 smi;
- **ISEE socio-sanitario** (come stabilito ex art. 2, co. 1, L.R. 57/2012 smi, nel testo novellato con L.R. n. 1/2020) in corso di validità non superiore ad € 20.000,00 (limite previsto ex DGR n. 759 del 15/12/2017).

Il progetto, unitamente alla relativa richiesta di finanziamento, dovrà essere redatto esclusivamente utilizzando il modello di Domanda e di elaborazione del Progetto, predisposto dalla Direzione Regionale competente, Allegato sub lettera A) al presente Avviso. Allo stesso progetto, dovrà infine essere allegata la documentazione di seguito indicata:

- a. Certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 smi;
- b. Certificazione di invalidità civile al 100% ed indennità di accompagnamento ai sensi dell'art. n. 20, della Legge 3 agosto 2009, n. 102 smi;

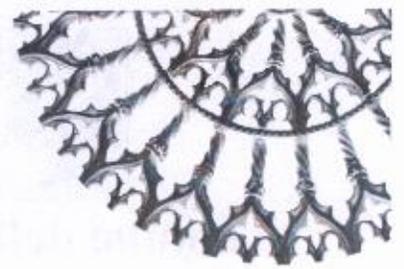


Comune dell'Aquila

Settore Politiche per il Benessere della Persona

Viale Aldo Moro n. 30 - 67100 L'Aquila

Tel. 0862/645500 - mail politichesociali.cultura@comune.laquila.postecert.it



Comune dell'Aquila

- c. Progetto che illustri le esigenze personali dell'utente e gli obiettivi che si intendono raggiungere;
- d. Piano Economico di spesa;
- e. Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del diretto interessato e dell'istante, qualora diverso dal diretto interessato.

La suddetta istanza ed il relativo progetto, devono essere sottoscritti dall'utente ovvero, in caso di impossibilità, dal Tutore/Amministratore di Sostegno, ovvero ancora da un familiare o da altro soggetto legittimato in tal senso.

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

1. Somme corrisposte all'Assistente Personale per le prestazioni fornite, in base al tipo di rapporto di lavoro instaurato ed al rispetto del CCNL di riferimento;
2. Contributi previdenziali ed assicurativi previsti per legge;
3. Eventuali spese di vitto/alloggio, nel caso di effettuazione del servizio fuori dalla sede di residenza;
4. 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 Locale, Dott.ssa Maria De Luca, contattabile al numero 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 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.

L'Aquila, 31 gennaio 2020

Il Dirigente
Dott. Fabrizio Giannangeli



Comune dell'Aquila

Settore Politiche per il Benessere della Persona

Viale Aldo Moro n. 30 - 67100 L'Aquila

Tel. 0862/645500 - mail politichesociali.cultura@comune.laquila.posteccc.it

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.
- Dichiara, 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)

