

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a

residente a _____ prov. ____ via/piazza _____ n.

tel. _____ email _____

codice fiscale _____

CHIEDE

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 s.m.i. **"INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE" ANNO 2025**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a, _____

nato/a a _____ prov _____

il _____ residente a _____

via/piazza _____ n. ____ tel. _____

email _____ codice fiscale _____

in qualità di:

a) Familiare; b) Tutore; c) Amministratore di Sostegno; d) Altro (specificare).

CHIEDE

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 s.m.i. **"INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE" ANNO 2025**

a favore di: Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov _____

il _____ residente a _____

via/piazza _____ n. ____ tel _____

email _____ codice fiscale _____

PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucleo familiare

Nominativo	Grado di parentela	data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- Studente
- Disoccupato/a
- Altro
- Lavoratore/trice
- Pensionato/a

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- Da solo
- In Comunità
- In famiglia
- Altro _____

Usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
<input type="radio"/> Servizio assistenza domiciliare (AD)					
<input type="radio"/> Assistenza infermieristica					
<input type="radio"/> Assistenza domiciliare integrata (ADI)					
<input type="radio"/> Servizio di aiuto alla persona					
<input type="radio"/> Assegno di cura					
<input type="radio"/> Trasporto					
<input type="radio"/> Buoni Servizi					
<input type="radio"/> Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato					

Breve descrizione degli obiettivi del progetto di Vita Indipendente

1. **Obiettivi di vita autonoma:** _____

2. **Azioni ed eventi richiesti:** _____

3. **Risultati attesi:** _____

Il/la sottoscritto/a, informato/a ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), 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, 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'Uffici delle Politiche Sociali dell'Ente di Ambito Distrettuale Sociale n. 9:

- **Si impegna** a comunicare all'EAS l'eventuale ricovero del diretto interessato;
- **Allega** alla presente domanda:
 - Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) socio-sanitario richiesto per gli utenti di età pari o superiore ai 67 anni;
 - 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 dei 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 _____,

nato il _____ a _____ Codice fiscale _____

Codice IBAN _____

OPPURE

Conto Corrente Postale (NO LIBRETTO POSTALE) intestato a _____

nato il _____ a _____ Codice fiscale _____

Codice IBAN _____

Data _____

(firma leggibile)

Consenso al trattamento dei dati sensibili

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), 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 _____

(firma leggibile)