C\_E372 - -1 - 2021-12-31 - 0078546

All'Ente Ambito Territoriale Sociale n.

					di pari in
DA COMPILARE SE LA I	DOMANDA <u>È PRES</u>	SENTATA DAL DIRET	TO INTERESSA	АТО	
II/la sottoscritto/a		nato/a il		a	
residente a		provincia	via/piazza		n°
tel.	fax		e-mail		
Codice fiscale		* II = I = I = I = I			
		CHIEDE			
'assegnazione del cont INDIPENDENTE"	ributo di cui alla L	R. 23 novembre 20	12, n. 57 " <b>INT</b>	ERVENTI REG	IONALI PER LA VI
DA COMPILARE SE LA I	DOMANDA NON È	DDESENTATA DALI	DIRETTO INTE	DECCATO	
DA COMPILARE SE LA I	JONIANDA <u>NON E</u>	PRESENTATA DAL	DIRETTO INTE	RESSATO	
I/Ia sottoscritto/a		nato/a il		a	
		nato/a il Prov via/p			
residente atel.		Prov via/p	niazza		n°
residente atel.	fax	Prov via/p	niazza		n°
residente a	fax	Prov via/p	niazza		n°
residente a	fax	Prov via/p	niazza		n°
residente a tel Codice fiscale in qualità di:	faxFamiliare	Prov via/p e-ma	niazza		n°
residente a tel  Codice fiscale in qualità di:	fax Familiare Tutore Amministratore of	Prov via/p e-ma	niazza		n°
residente a tel  Codice fiscale in qualità di:	fax Familiare Tutore Amministratore of	Prov via/p e-ma	niazza		n°
residente a rel Codice fiscale n qualità di:	fax Familiare Tutore Amministratore of	Prov via/p e-ma	niazza		n°
residente a  tel  Codice fiscale  n qualità di:	fax fax Familiare Tutore Amministratore of Altro (specificare	Provvia/pe-ma	niazza ail		n°
residente a  tel  Codice fiscale  in qualità di:    d'assegnazione del cont	fax fax Familiare Tutore Amministratore of Altro (specificare	Provvia/pe-ma	niazza ail		n°
residente a  tel  Codice fiscale  in qualità di:   array	fax fax Familiare Tutore Amministratore of Altro (specificare tributo di cui alla L	Prov via/pe-ma	niazza ail 12, n. 57 "INT	ERVENTI REG	n°
residente a  tel  Codice fiscale in qualità di:  'assegnazione del cont  INDIPENDENTE"  a favore di: Sig./Sig.ra	fax fax Familiare Tutore Amministratore of Altro (specificare tributo di cui alla L	Provvia/pe-ma	niazza ail 12, n. 57 "INT il	ERVENTI REG	n°
residente a  tel  Codice fiscale  in qualità di:   array	fax fax Familiare Tutore Amministratore of Altro (specificare tributo di cui alla L	Prov via/pe-ma	niazza ail 12, n. 57 "INT il niazza	ERVENTI REG	n°

## C\_E372 - -1 - 2021-12-31 - 0078546

## PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucle	o familia	re			
Nominativo Gr	ado di pa	rentela		Data	di nascita
Attuale situazione occupazionale o	del titola	re del p	rogetto	- 4	
□ Studente □	Lavorato	ore/trice	е		
☐ Disoccupato/a ☐	Pension	ato/a			y lugid
□ Altro					
Attuale situazione abitativa del	titolare d	lel prog	etto:		
□ Da solo □ I	n famigli	a			
□ In comunità □ /	Altro				
Usufruisce dei segue	nti serviz	l:			
Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimana
Servizio assistenza domiciliare (AD)			27	1 - N	
Assistenza infermieristica					
Assistenza domiciliare integrata (ADI)		3-1		MA	in the
Servizio di aiuto alla persona					
Assegno di cura				LYX.	
Trasporto					
Buoni servizi					
Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato					

COMUNE DI SAN SALVO - C\_I148 - 1 - 2021-12-31 - 0041560

	Tipologia	Pub.	Pri.	. Con.	Tem.	Ore settimana
	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		* 	V.		
	Altro			1		
م ا	genda: Pub.=pubblico; Pri.=privato; Con.=continuativo; Tem.= ten	nnoraneo				
LC	genda. Fubpubblico, Friprivato, comcontinuativo, ferii teri	iiporuneo				
_	Assistenza e cura svolta	dai fami	liari			
	, Assistenza e cura svoita	uai iaiiii	IIIII			
Par						
			V V 1			
			- 3			
		- 6				
		7		31,11-1		
			*			
			u e v		- 1	
				X 1 2 2		
-						
		Total Sole				
***					- KI <sup>(1</sup>	
-		*	- 0			
-				5.15		
			-52			al
					λr., j.,	
-		× - × -		7		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
-						

. Obiettivi di vita autonoma:	- 0,				
	<u> </u>		173		= = = = = = = = = = = = = = = = = = = =
					AL IL
			100		
			-		
					<del>-</del>
			h , = 10		
		1 - 1			
	- W. J.				
					· · ·
2. Azioni ed interventi richiesti:					
					A
			,		112
	N. T.A. Law				
	7				
				المشاهرين	
	office, "off"		* <u>V</u> =	1 - 7 7	
Disultati attasi:				3.	
. Risultati attesi:					
		<u> </u>			
				2 2 6 3	
				1	
		1			He d

C\_E372 - -1 - 2021-12-31 - 0078546

Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente

In partic	colare i bisogni rigua	ardano le segu	enti	aree
	Area autonomi	a personale		
alzarsi dal letto	□ uso del wc		П	lavarsi il viso
□ lavarsi le mani	☐ lavarsi i capelli	e nettinarsi	П	igiene intima
☐ fare il bagno o doccia	□ vestirsi o spogli	-	П	assistenza notturna
semplici interventi sanitari	gestione catete			gestione degli ausili
□ coricarsi	☐ mangiare, bere			altro
	Area autonomia	a domestica		
☐ pulire la casa	□ preparare i pa	asti	П	fare la spesa
gestire la presenza di ospiti	□ altro			
Bestire in presented di ospini	- and			
	Area autonomia s	ocio-lavorativa	, é	
☐ spostarsi in carrozzina fuori	dell'abitazione	☐ guida del me	ezzo	a disposizione
utilizzo dei mezzi pubblici a	1.0			attività culturali
☐ attività relativa al tempo lib		disbrigo di p	ratio	che burocratiche
utilizzo strumenti informati		accompagna	ame	nto fuori casa
☐ assistenza sul posto di lavor	ro l	assistenza in	am	bito scolastico/universitario
☐ attività sportive		attività cultu	ırali	
□ attività di tempo libero		□ viaggi		
	Assistenza p	<u>ersonale</u>		
n ore settimanali, pe	er nsettim	nane. Totale co	mpl	essivo ore
Periodo in cui viene realizzato l'	'intervento: dal mes	e di		_ al mese di
	Assunzione dell'ass	istente familia	re	
	(barrare solo una d		_	
☐ avvenuta in data			re co	opia del contratto di lavoro)
☐ si garantisce la regolare ass				
				Ambito Territoriale Sociale)
Costo complessivi del progetto		€		
Eventuale contributo della fam	iglia o di terzi:	€	8	
Totale richiesta finanziamento:		€.		

COMUNE DI SAN SALVO - C\_I148 - 1 - 2021-12-31 - 0041560

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:

COMUNE DI SAN SALVO - C\_I148 - 1 - 2021-12-31 - 0041560

- ☐ 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 :	<u> </u>
	(Data e firma)
Consenso a	l trattamento dei dati sensibili
II/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 dall	le leggi e dai regolamenti comunali in materia.
	(Data e firma)
NOWE ED 1870	