

All' Ente Ambito Territoriale Socialen. _____

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 _____

Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) _____

(riferito all'anno della presentazione dell'istanza).

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 _____

Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) _____

(riferito all'anno della presentazione dell'istanza)

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"/> Assegnodi cura					
<input type="checkbox"/> Trasporto					
<input type="checkbox"/> Buoni servizi					
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato					
Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
<input type="checkbox"/> Centro diurno/laboratorio					

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"/> 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 del computer | <input type="checkbox"/> accompagnamento al lavoro |
| <input type="checkbox"/> aiuto sul posto di lavoro | <input type="checkbox"/> altro |

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

- Avvenuta in data _____ (in questo caso è obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro);
- è prevista a seguito del finanziamento del progetto individuale (in questo caso si garantisce la regolare assunzione dell'assistente personale 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: €

A tal fine:

- 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.
- Informato, 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; i dati 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 connesse 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 del Ente di Ambito sociale.

Allega alla presente domanda:

- Certificazione ai sensi dell'art.3, comma 3, della Legge n.104/92;

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. 196/2003 del regolamento UE n. 679/2016 (Gdpr), autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Firma

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.;

informato, ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori al solo fine di consentire l'attività di valutazione;

I dati saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endo-procedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti.

I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi Terzi o appartenenti all'Unione Europea.

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n. 679/2016 (Capo III).

Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016.

L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

Firma

DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 del regolamento UE n. 679/2016 (Gdpr), predo il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data/_____/_____/_____/

Firma
