



**COMUNE DI NOCCIANO**  
**Provincia di Pescara**

**INFORMATIVA**

**Si porta a conoscenza che la Regione Abruzzo ha pubblicato, sul Bollettino Ufficiale ordinario del 26/02/2014, un avviso relativamente alla L.R. 23.11.2012, n. 57**

**“INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE”**

Le persone di età compresa tra i 18 ed i 67 anni con disabilità in situazione di gravità, come individuate ai sensi dell'art. 2 della L.R. 23 novembre 2012, n. 57 (Interventi regionali per la vita indipendente) possono presentare richiesta di assegno per l'assistenza personale autogestita **entro e non oltre il 28 marzo 2014**. Presso gli Uffici del Comune di Nocciano è disponibile apposita modulistica predisposta dalla Regione Abruzzo.

L'Assistenza personale autogestita è realizzata attraverso l'attuazione del progetto personalizzato, redatto su appositi moduli predisposti dalla Direzione Regionale competente, presentato dalla persona interessata o dal rappresentante legale del predetto soggetto, nel caso di disabile psico-relazionale.

La persona con disabilità sceglie autonomamente il proprio assistente personale, che può anche essere un familiare, ed è tenuta a regolarizzarne il rapporto di lavoro nel rispetto delle forme contrattuali previste dalla normativa vigente. L'assistente personale è un operatore che si prende cura della persona disabile, contribuendo a sostenere e promuovere l'autonomia ed il benessere psicofisico della persona e del suo contesto di riferimento.

Gli utenti interessati possono presentare al Comune di residenza un progetto individuale per la “vita indipendente” e la richiesta del relativo finanziamento, allegando alla modulistica la seguente documentazione:

- a) Certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate);
- b) Proposta di piano personale che illustra le esigenze e gli obiettivi di massima che s'intendono soddisfare;
- c) Piano economico generale di spesa preventivato in base al monte di assistenza previsto;
- d) Attestazione ISEE.

La richiesta e il relativo progetto devono essere sottoscritti dall'utente o, in caso d'impossibilità, dal suo legale rappresentante.

Sono ammesse a finanziamento le seguenti tipologie di spesa:

- Somme corrisposte all'assistente personale per le prestazioni fornite, in base al tipo di rapporto di lavoro instaurato rispettando il CCNL di riferimento;
- Contributi previdenziali ed assicurativi previsti dalla legge;
- Eventuali spese di vitto/alloggio nel caso di effettuazione del servizio fuori della sede di residenza;
- Spese di rendicontazione per una quota massima del 10% di ciascun progetto.

Le richieste pervenute saranno valutate dall'Unità Valutativa Multidimensionale dell'Azienda USL competente sul territorio. Successivamente a tale valutazione sarà predisposta una graduatoria. In caso di parità della graduatoria, costituirà criterio preferenziale l'ISEE di importo inferiore.

Nocciano, 13/02/2014

L'Assessore alle Politiche Sociali  
Lorenza Valeria

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)

