

ADS 5
MONTAGNE AQUILANE



COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA DI L'AQUILA"

ECAD N. 5 "MONTAGNE AQUILANE"

Gestione Commissario Straordinario – D.P.G.R. n. 040 dell'19.06. 2017
Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594

Posta certificata: montagnalaquila@pec.it

Email : cmamit@regione.abruzzo.it, serviziosociale@hotmail.it

AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI PER LA "VITA INDIPENDENTE" ANNUALITA' 2021

Si avvisa che ai sensi della LR 23 novembre 2012, n 57 "Interventi Regionali per la vita indipendente" s. m. e i. gli aventi diritto, **entro il 31 gennaio 2021**, possono presentare all'Ambito Distrettuale Sociale richiesta di finanziamento del progetto personale autogestito.

Il progetto "Vita Indipendente" prevede un finanziamento ai progetti finalizzati a garantire il diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità, in situazione di gravità, al fine di favorire l'autodeterminazione e il controllo del proprio quotidiano e del proprio futuro attraverso l'assunzione di uno o più assistenti personali.

La persona con disabilità sceglie e assume direttamente, con regolare rapporto di lavoro, il/i proprio/i assistente/i (che può essere anche un familiare), ne concorda direttamente mansioni, orari retribuzioni e ne rendiconta la spesa sostenuta a questo titolo.

L'importo massimo concedibile sarà pari a:

- € 12.000,00 nel caso di un livello assistenziale Molto Alto;
- € 10.000,00 nel caso di un livello assistenziale Alto;
- € 8.000,00 nel caso di un livello assistenziale Medio;
- € 6.000,00 nel caso di un livello assistenziale Basso.

Il contributo è compatibile con l'erogazione di altre prestazioni di assistenza domiciliare fornite dagli Enti preposti nonché con i sussidi e le indennità previste dalle leggi vigenti, eccetto che per l'Assegno di Cura o altra contribuzione afferente all'area della non autosufficienza.

I destinatari del progetto di vita indipendente devono possedere i seguenti requisiti:

- Essere persona con disabilità, di età superiore agli anni 18, in situazione di gravità debitamente certificata ai sensi dell'art. 3, c. 3 della L. 104/1992, con permanente grave limitazione dell'autonomia personale non derivante da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento, non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione degli stessi;
- Essere residenti nella Regione Abruzzo;
- Avere un reddito ISEE non superiore ad € 20.000,00 (da attestazione ISEE in corso di validità, ISEE sociosanitario dove la composizione del nucleo familiare lo consenta).

Spese ammesse a finanziamento

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

A cura dell'Ambito le istanze dei soggetti in possesso dei requisiti sopra elencati saranno inviate alla Unità di Valutazione Multidisciplinare del Distretto Sanitario di competenza per le successive valutazioni.

Sulla base delle valutazioni espresse dalla UVM l'Ente di Ambito Sociale invierà alla Regione Abruzzo la graduatoria elaborata e le relative richieste di finanziamento.

I progetti dovranno essere predisposti utilizzando l'apposito **modulo di domanda** della Regione Abruzzo allegato A del presente avviso, e, una volta allegati tutti i documenti richiesti ed indicati nel suddetto modello presentati all'Ambito Distrettuale Sociale:

- A mano entro il 31/01/2021 all'Ufficio protocollo dell'ECAD n 5 "Montagne Aquilane" sito in Barisciano via Cavour n 43/a in busta chiusa con la dicitura "Progetto Vita Indipendente anno 2021";
- Inviati entro il 31/01/2021 per posta tramite raccomandata con ricevuta di ritorno all'Ufficio di Piano dell'Ambito Distrettuale Sociale n 5 "Montagne Aquilane" via Cavour n 43/a – 67021 Barisciano in busta chiusa con la dicitura "Progetto Vita Indipendente anno 2021";
- Inviati entro il 31/01/2021 a mezzo PEC all'indirizzo montagnalaquila@pec.it in dicando all'oggetto "Progetto Vita Indipendente anno 2021".

Eventuali chiarimenti in merito potranno essere inviati dagli interessati al seguente indirizzo di posta elettronica serviziosociale@hotmail.it oppure si può prenotare un appuntamento al tel. 086289661, gli uffici saranno aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle 12,30.

Il Titolare del trattamento dei dati a cui è possibile rivolgersi per l'esercizio dei diritti dell'interessato è la Comunità Montana "Montagna di L'Aquila" pec: montagnalaquila@pec.it.
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. 12 all'art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016.

Barisciano 15 gennaio 2021

La responsabile dei servizi sociali
Dott.ssa Maura Viscogliosi
Mauraviscogliosi

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 | |

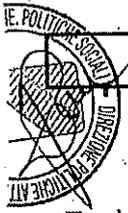


Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <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.
- Dichiaro, 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)

