



Cofinanziato
dall'Unione europea



Unione dei Comuni Monti della Laga ZGS n. 1

Comunità Montana Gran Sasso ZGS n. 2



PIANO SOCIALE
REGIONE ABRUZZO

PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027 Obiettivo di Policy 4 Un'Europa più sociale. Priorità III – Inclusion e protezione sociale. Obiettivo specifico K) Azione K.2: Sostegni ai progetti di Vita Indipendente.

AVVISO SOSTEGNI AI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE ANNO 2026

Il presente Avviso ha l'obiettivo di sostenere/finanziare i progetti di "Vita Indipendente" presentati dalle persone con disabilità, con necessità di sostegno elevato o molto elevato, orientati principalmente al potenziamento e/o mantenimento dell'autonomia, supporto allo svolgimento di attività di vita quotidiana e mantenimento della persona nella casa familiare evitandone l'istituzionalizzazione.

"Costituiscono base giuridica di riferimento dell'avviso il Regolamento (UE) n. 1057/2021 e il Regolamento (UE) 1060/2021".

Finalità

L'azione è finalizzata a sostenere l'attuazione di progetti personalizzati di Vita Indipendente rivolti a persone con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, al fine di favorire il potenziamento o mantenimento dell'autonomia personale, supportare lo svolgimento delle principali attività di vita quotidiana, prevenire l'istituzionalizzazione, valorizzando le risorse individuali e familiari.

L'assistente personale deve essere scelto liberamente dalla persona con disabilità (o da un suo rappresentante legale), nel rispetto del principio di autodeterminazione; il contributo annuo massimo viene determinato sulla base del livello di intensità del bisogno assistenziale, in coerenza con la DGR n. 452/2018 della Regione Abruzzo.

Destinatari

I destinatari sono esclusivamente le persone con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato in possesso dei seguenti requisiti:

- a) certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
- b) età superiore ai 18 anni (dai 67 anni d'età gli interventi sono rivolti esclusivamente a persone con ISEE socio-sanitario non superiore ad Euro 20.000,00);
- c) residenti nei Comuni dell'ADS 24 (Campli, Castelli, Castel Castagna, Cortino, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Pietracamela; Rocca Santa Maria, Torricella Sicura, Tossicia, Valle Castellana)

d) capacità di esprimere la propria volontà e autodeterminazione, anche se in maniera supportata, e la volontà di gestire in modo autonomo le proprie scelte, realizzando il proprio progetto di vita indipendente;

I requisiti indicati devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda.

Le persone che siano già beneficiarie di misure analoghe o altri contributi o agevolazioni a copertura dei medesimi servizi oggetto del presente avviso, possono presentare domanda per l'erogazione dell'intervento in materia di Vita indipendente e in tal caso l'ammissione a finanziamento è subordinata alla presentazione di formale rinuncia alla fruizione delle suddette misure o contributi, da presentare all'ECAD di riferimento laddove emerga l'incompatibilità con la presente misura.

Gli interventi di cui al presente avviso non sono cumulabili con i contributi economici erogati a carico del Fondo Nazionale Non Autosufficienza a titolo di assegno di cura autogestita.

Tipologia di interventi finanziabili

I progetti di Vita Indipendente, possono prevedere gli interventi di seguito riportati:

a) Assunzione diretta dell'assistente personale;

b) Acquisto di servizi di assistenza personale presso imprese sociali, società cooperative, ETS;

Il beneficiario sceglie autonomamente il proprio assistente personale, che può essere anche un familiare, ed è tenuto 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 con disabilità, contribuendo a sostenere e promuovere l'autonomia e il benessere psico fisico della persona e del suo contesto di riferimento.

La titolarità e la responsabilità della scelta, nella formazione e nella gestione del rapporto di lavoro dell'assistente personale è esclusivamente del richiedente o legale rappresentante.

Il beneficiario sceglie autonomamente l'impresa sociale o la società cooperativa presso cui acquistare i servizi di assistenza personale.

Modalità di richiesta di finanziamento e istruttoria

1. L'assistenza personale autogestita è realizzata attraverso l'attuazione del progetto personalizzato di durata di 12 mesi, presentato dalla persona interessata nonché dal rappresentante legale del predetto soggetto nel caso di disabile psico-relazionale, con cadenza annuale, entro il 31 Gennaio di ciascun anno, agli Enti Capofila di Ambito Distrettuale (ECAD) di riferimento,

2. L'ADS n. 24 GRAN SASSO LAGA, alla scadenza della procedura avvia la fase istruttoria delle domande presentate, al fine di verificare il possesso dei requisiti di accesso e di redigere l'elenco dei destinatari idonei.

3. La fase istruttoria comporta una prima valutazione di tipo amministrativo, relativa al possesso dei requisiti di accesso, e una valutazione multiprofessionale da parte della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), che comprende la presa in carico della persona e la valutazione dei bisogni espressi dalla stessa nonché della congruità del progetto di Vita Indipendente presentato, e la verifica della intensità di bisogno assistenziale ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett a), b), c) e d)

della L.R. 57/2012; l'importo mensile relativo all'assistenza personale viene definito sulla base del livello di intensità assistenziale.

4. I livelli di intensità del bisogno assistenziale sono 4: MOLTO ALTO, ALTO, MEDIO e BASSO

Livello assistenziale	Finanziamento massimo	Durata
MOLTO ALTO	€ 12.000,00	12 mesi
ALTO	€ 10.000,00	12 mesi
MEDIO	€ 8.000,00	12 mesi
BASSO	€ 6.000,00	12 mesi

Tali contributi massimi annui sono comprensivi dei costi indiretti pari al 7%.

Il 7% del contributo assegnato non dovrà essere rendicontato ed il beneficiario potrà disporre come ritiene opportuno.

Le modalità di attuazione della linea di azione prevedono l'assunzione diretta di un assistente personale e/o l'acquisto di servizi di assistenza personale presso imprese sociali, società cooperative, ETS.

5. Gli ECAD, successivamente alla valutazione degli organi competenti (UVM) secondo le procedure previste dai disciplinari attuativi della L.R. 57/2012, entro il 30 AGOSTO, stilano una graduatoria UNICA delle istanze di finanziamento degli aventi titolo per l'annualità di riferimento, definendo per ognuna l'importo del contributo annuo concedibile in coerenza con la DGR n. 452/2018 della Regione Abruzzo e inviano la richiesta di finanziamento attraverso la partecipazione all'Avviso a valere sul PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027 che la Regione pubblicherà annualmente in tempi utili a garantire la continuità per gli utenti che hanno usufruito del beneficio nell'annualità precedente.

I contributi erogati per la "Vita Indipendente" Legge Regionale 23 Novembre 2012, N. 57 e s.m.i. e PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027 non sono cumulabili con altri contributi pubblici erogati per le medesime finalità.

Domande di progetto di Vita Indipendente

Le persone con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato, maggiorenni e residenti nei Comuni dell'ADS n. 24 GRAN SASSO LAGA, o le persone che ne tutelano gli interessi e le rappresentano, possono presentare una istanza per la "Vita Indipendente", **entro il 31 Gennaio 2026**, utilizzando gli appositi format di Progetto Personalizzato e Modello di domanda e allegando la seguente documentazione:

- Proposta di progetto annuale di vita indipendente che illustra le esigenze personali e gli obiettivi con relativo piano economico generale di spesa preventivato per la contrattualizzazione di un assistente;
- Certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- ISEE Socio Sanitario valido per l'annualità di riferimento della domanda, per gli ultra 67enni. L'ISEE può essere presentato anche in data successiva se non rilasciato dall'Ente preposto entro i termini di scadenza previsti per l'invio dell'istanza, comunque entro il mese di febbraio successivo;
- Documento d'identità in corso di validità del richiedente.

La proposta di **PROGETTO PERSONALIZZATO**, che illustra le esigenze personali e gli obiettivi di massima che si intendono soddisfare (Format per il Progetto personalizzato "Sostegno per la Vita

Indipendente – anno 2026”) e il relativo **MODELLO DI DOMANDA** (Format per la richiesta o conferma della richiesta di “Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026”) sono contenuti nei Modelli allegati al presente Avviso e vanno dettagliatamente compilati in ogni loro parte e sottoscritti dall’utente, o in caso di impossibilità, dal suo legale rappresentante.

I destinatari già ammessi al beneficio per “Vita Indipendente - Anno 2025” dovranno confermare la richiesta di sostegno per la “Vita Indipendente – Anno 2026” direttamente all’ADS n. 24 GRAN SASSO LAGA entro il termine del 31 Gennaio 2026, utilizzando l’apposito modello in allegato al presente Avviso. Per questi soggetti, il sostegno è garantito in continuità, previa verifica da parte dell’ECAD del mantenimento dei requisiti di base per l’accesso, senza ulteriore invio alla valutazione UVM; l’ECAD può chiedere la rivalutazione del bisogno assistenziale della persona già beneficiaria, solo in presenza di un documentabile deterioramento delle capacità di autonomia della persona che potrebbe comportare un bisogno assistenziale di livello più elevato di quello precedentemente rilevato dall’UVM.

Per le NUOVE istanze per la Vita indipendente – Anno 2026 presentate entro il 31 Gennaio 2026, utilizzando l’apposito modello in allegato al presente Avviso, l’ECAD, oltre alla verifica amministrativa sui requisiti per l’accesso, provvede ad attivare la procedura di valutazione da parte dell’UVM competente territorialmente

La persona con disabilità è titolare del progetto di vita e concorre a determinarne i contenuti, esercita le prerogative volte ad apportarvi le modifiche e le integrazioni, secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte.

Pertanto, gli utenti residenti, di età superiore ai 18 anni, nonché gli eventuali rappresentanti legali dei predetti soggetti nel caso di disabili psico-relazionali, interessati ad utilizzare questa tipologia di assistenza, sono tenuti a presentare un progetto individuale per la “Vita Indipendente, **entro il 31/01/2026**, utilizzando l’apposito modello di domanda regionale (e la relativa documentazione), che si allega al presente Avviso.

Il modello di domanda e l’avviso completo sono disponibili sul sito istituzionale della Comunità Montana Gran Sasso e dell’Unione dei Comuni Montani della Laga e presso l’Ufficio Servizi Sociali dei predetti Enti.

La domanda, debitamente compilata e completa degli allegati richiesti, può essere consegnata:

PER I COMUNI DI:

Castelli, Castel Castagna, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Pietracamela; Tossicia,

- a mano presso la Comunità Montana Gran Sasso, via Piana dell’Addolorata snc – 64049 Tossicia (TE)
- tramite pec all’indirizzo servizisociali@pec.cmgransasso.it

PER I COMUNI DI:

Campoli, Cortino Rocca Santa Maria, Torricella Sicura, Valle Castellana

- a mano presso l’Unione dei Comuni Montani della Laga, via Giorgio Romani 1 – 64010 Torricella Sicura (TE)
- tramite pec all’indirizzo protocollo@pec.unionecomunilaga.it

Tossicia 14.01.2026

Il Responsabile dei Servizi Sociali
Pierluigi Prossenti
Firmato il 14/01/2026 11:24
Seriale Certificato: 4455949
Valido dal 22/04/2025 al 22/04/2028
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

**Format per la richiesta o conferma della richiesta di
"Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026"
(PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027)**

TITOLO DELL'INTERVENTO: **Sostegni ai progetti di Vita Indipendente - anno 2026**
ENTE BENEFICIARIO: ECAD N. 24 GRAN SASSO LAGA

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__|__| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di posta elettronica _____

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____

note

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n. rilasciata alla Questura di con scadenza il o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)

SPAZIO DEDICATO A UTENTI GIÀ AMMESSI AL BENEFICIO PER L'ANNUALITÀ 2025

Il sottoscritto,
consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

CONFERMA

di voler richiedere, per l'anno 2026, il contributo previsto a sostegno del proprio progetto di Vita Indipendente a valere sul PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027, nell'ambito del progetto approvato dalla Regione Abruzzo: Azione k.2.: Sostegni ai progetti di Vita Indipendente

A tale scopo,

DICHIARA

- Di essere già stato individuato/che l'utente per il quale si richiede il contributo è già stato individuato tra gli aventi diritto per l'annualità 2025, con il seguente Livello di intensità del bisogno assistenziale riconosciuto dall'UVM:
 - Molto alto;
 - Alto;
 - Medio;
 - Basso.

- Che, con riferimento ai requisiti di base dichiarati nella precedente domanda di sostegno, relativa all'annualità 2025
 - permane il riconoscimento di persona con disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92
 - NON si è verificato alcun cambiamento rispetto al livello di bisogno assistenziale stabilito dall'UVM nell'ultima valutazione;
 - la situazione è cambiata rispetto al livello di bisogno assistenziale stabilito dall'UVM nell'ultima valutazione a causa di *deterioramento delle capacità di autonomia che potrebbe comportare un bisogno assistenziale di livello più elevato di quello precedentemente rilevato dall'UVM. (*si procede a compilare la parte dedicata al nuovo progetto personalizzato)*

In caso in cui l'utente abbia più di 67 anni, **DICHIARA inoltre:**

- Di essere in possesso /che l'utente per il quale si richiede il contributo è in possesso di un ISEE socio - sanitario in corso di validità per l'annualità 2026 per un valore pari a Euro _____ (che si allega alla presente richiesta)

- Di NON essere in possesso/che l'utente per il quale si richiede il contributo non è in possesso di un ISEE socio - sanitario in corso di validità alla odierna e di impegnarsi a trasmetterlo entro e non oltre il mese di Febbraio 2026;

Il sottoscritto dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che le spese previste nell'ambito dell'intervento vita indipendente non saranno oggetto, per la totalità della spesa, di altro finanziamento pubblico nazionale o comunitario per la medesima finalità, ai sensi della normativa vigente e del principio del doppio finanziamento (Reg(UE) 2021/1060).

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Il Sottoscritto dichiara di prendere visione dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD ai fini dell'erogazione delle prestazioni.

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA PER PRESA VISIONE

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 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 non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). 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 U.E. GDPR 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.

SPAZIO DEDICATO A NUOVI UTENTI

Il sottoscritto,

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

CHIEDE

di potere usufruire, per l'anno 2026, del contributo previsto a sostegno del proprio progetto di Vita Indipendente a valere sul PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027, nell'ambito del progetto approvato dalla Regione Abruzzo: Azione k.2.: Sostegni ai progetti di Vita Indipendente.

A tal fine:

- **Si impegna** a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato/persona con disabilità;
- **Dichiara**, in caso di ammissione a finanziamento, di rinunciare ad ogni altra forma di contribuzione economica disposta dalla Regione Abruzzo afferente il Fondo Nazionale Non Autosufficienza.
- **Dichiara** che le spese previste nell'ambito dell'intervento vita indipendente non saranno oggetto, per la totalità della spesa, di altro finanziamento pubblico nazionale o comunitario per la medesima finalità, ai sensi della normativa vigente e del principio del doppio finanziamento (Reg(UE) 2021/1060).

Allegati alla richiesta:

- Progetto personalizzato;

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) / ISEE socio-sanitario solo per persone di età pari o superiore a 67 anni;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del destinatario del contributo e, se del caso, di altro soggetto che presenta la domanda.

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Il Sottoscritto dichiara di prendere visione dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD ai fini dell'erogazione delle prestazioni.

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA PER PRESA VISIONE

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 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 non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). 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 U.E. GDPR 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.

Format per il Progetto personalizzato
“Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026”
(PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027)

TITOLO DELL'INTERVENTO: **Sostegni ai progetti di Vita Indipendente - anno 2026**
ENTE BENEFICIARIO: ECAD N. 24 GRAN SASSO LAGA

PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucleo familiare

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

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

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- Da solo
 In famiglia
 In comunità senza oneri a carico della finanzia pubblica
 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					

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: € _____

Modalità di pagamento

BANCA _____ Agenzia _____

Conto corrente n° _____ Intestato a : _____

Codice IBAN : _____

Conto Corrente Postale n° _____ intestato a _____

Codice IBAN : _____

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE