

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato /a il _____ a

Residente in _____ provincia _____ via/piazza _____
n° _____

Tel. _____ fax _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

l'ammissione al finanziamento nazionale, di cui al decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 487 del 29 dicembre 2016 per "PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA INDIPENDENTE" (PRO.V.I), annualità 2016.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato /a il _____ a

Residente in _____ provincia _____ via/piazza _____
n° _____

Tel. _____ fax _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

- In qualità di:
- Familiare
 - Tutore
 - Amministratore di sostegno
 - Altro (specificare) _____

CHIEDE

l'ammissione al finanziamento nazionale, di cui al decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 487 del 29 dicembre 2016 per "PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA INDIPENDENTE" (PRO.V.I), annualità 2016

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

Residente in _____ provincia _____ via/piazza _____ n° _____

Tel. _____ fax _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

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 disposizioni |
| <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 del Ambito territoriale Ri/3.

Costo complessivo:	€ _____
Eventuale contributo della famiglia o di terzi:	€ _____

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 Piano dell' Ambito Territoriale Rieti 3.

- **Si impegna a comunicare all'Ufficio di Piano l'eventuale ricovero del diretto interessato**
- **Allega alla presente domanda:**
 - copia del verbale di invalidità civile al 100% ed indennità di accompagnamento
 - copia del certificato di handicap grave (art 3 comma 3 della L. 104/92)
 - progetto individualizzato e piano personalizzato di intervento
 - relazione dell'operatore di riferimento (Comune e/o ASL) a sostegno della domanda;
 - ISEE sociosanitario, in corso di validità.
- **Dichiara, in caso di ammissione a finanziamento, di rinunciare ad ogni altra forma di contribuzione economica in forma indiretta disposta dall'Ufficio di Piano.**

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 la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.lgs.

Modalità di pagamento

Accredito bancario su c/c intestato al beneficiario

(Compilare modello Scheda Creditore Allegato C)

(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)



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571 -

Tel. 0765876661/875020 Fax 0765876661

E-mail: unionecomunialtasabina@gmail.com

SCHEDA CREDITORE

NOME/DITTA :	
COGNOME:	
INDIRIZZO:	N. CIVICO:
COMUNE DI RESIDENZA :	PROVINCIA:
CAP:	
COMUNE DI NASCITA :	
PER LO STATO ESTERO SPECIFICARE PER ESTESO, CITTA', NAZIONE , STATO:	
DATA DI NASCITA :	
CODICE FISCALE O P/IVA:	
<input type="checkbox"/> MASCHIO : <input type="checkbox"/> FEMMINA:	
RECAPITO TELEFONICO DEL BENEFICIARIO CONTRIBUTO:	
MODALITA' DI PAGAMENTO	
BONIFICO BANCARIO INTESTATO AL BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO:	
BANCA/UFFICIO POSTALE :	
FILIALE DI :	
IBAN:	
N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA LEGGIBILE DEL: CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE DOCUMENTO D'IDENTITA' TESSERA SANITARIA	
DATA E FIRMA PER ESTESO DEL BENEFICIARIO :	
DATA E FIRMA PER ESTESO DEL COMPILATORE SCHEDA:	
N.B : La mancanza di almeno uno dei dati richiesti, comporta l'impossibilità immediata di erogare il contributo.	