



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' 2022**

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 2022**, 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:

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:

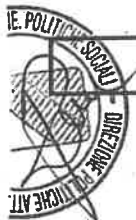
- ☐ Familiare
☐ Tutore
☐ Amministratore di sostegno
☐ Altro (specificare) _____

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 _____





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:	€ _____