

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 DIRRETTO 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**

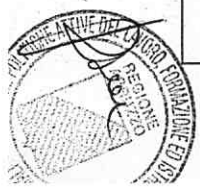
l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE"

a favore di: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_



**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
  Altro

**Usufruisce dei seguenti servizi:**

- Servizio assistenza domiciliare (AD)  
 Assistenza infermieristica  
 Assistenza domiciliare integrata (ADI)  
 Servizio di aiuto alla persona  
 Assegno di cura  
 Trasporto  
 Buoni servizi  
 Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato

| 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 |      |      |      |      |                 |







- pulire la casa
- preparare i pasti
- fare la spesa
- gestire la presenza di ospiti
- altro

**Area autonomia socio-lavorativa**

- spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione
- guida del mezzo a disposizione
- utilizzo dei mezzi pubblici accessibili
- partecipazione attività culturali
- attività relativa al tempo libero
- disbrigo di pratiche burocratiche
- utilizzo strumenti informatici
- accompagnamento fuori casa
- assistenza sul posto di lavoro
- assistenza in ambito scolastico/universitario
- attività sportive
- attività culturali
- attività di tempo libero
- 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:                 | € _____ |

