Cofinanziato dall'Unione europea

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._____

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) ……

In caso di presentazione della richiesta da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

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

e residente in _____

Via/P.zza_____ n. _____

CAP_____ Tel. _____

UNIONE DI COMUNI CITTA' TERRITORIO VAL VIBRATA Prot. n. 0000133 del 12-01-2026 - partenza

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza_____ n. _____

CAP_____ Tel. _____

Codice Fiscale: ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

in qualità di

☐ familiare;

☐ tutore;

☐ amministratore di sostegno;

☐ altro _____(specificare)

del sotto indicato destinatario:

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Cognome/Nome _____

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

e residente in _____

Via/P.za_____ 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)]_____

Vedi 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) ……..

UNIONE DI COMUNI CITTA' TERRITORIO VAL VIBRATA Prot. n. 0000133 del 12-01-2026 - partenza

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;

UNIONE DI COMUNI CITTA' TERRITORIO VAL VIBRATA Prot. n. 0000133 del 12-01-2026 - partenza

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

**spazio riservato alla informativa sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD n.* _____

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.

UNIONE DI COMUNI CITTA' TERRITORIO VAL VIBRATA Prot. n. 0000133 del 12-01-2026 - partenza

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

_____

**spazio riservato alla informativa sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD n. _____*

UNIONE DI COMUNI CITTA' TERRITORIO VAL VIBRATA Prot. n. 0000133 del 12-01-2026 - partenza