**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. 6 SANGRINO**

**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. _____

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)]_____

*<u>Vedi note</u>*

*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

**spazio riservato alla informativa sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD n.6 Sangrino*

*Il trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità e coerenza con la normativa nazionale e comunitaria vigente; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento all'organizzazione e realizzazione del Progetto "PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027. Obiettivo di policy 4 Un'Europa più sociale. PRIORITA' III – Inclusione e protezione sociale. Obiettivo specifico k) – Azione k.2.: Sostegni ai progetti di Vita Indipendente. Anno 2026". Il conferimento dei dati è obbligatorio per accedere al servizio e l'eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di beneficiarne.*

***Identità e dati di contatto***

*Si informa che il "Titolare" del trattamento è: Comune di Castel di Sangro*
*Legale Rappresentante: Sindaco Comune di Castel di Sangro*
*Sede: C.so Vittorio Emanuele, 10 - Castel di Sangro – 67031 –AQ*
*Telefono: 0864 824231*
*PEC: comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it*

***Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati personali (DPO)***

*Si informa che l'Ente ha designato, ai sensi dell'art. 37 GDPR, il responsabile del trattamento dei dati personali (Data Protection Officer) nella persona del dott. Santo Fabiano, contattabile ai seguenti recapiti: Pec formanagement@pec.it e-mail info@formanagement.it*

**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

_____

**spazio riservato alla informativa sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD n. 6 Sangrino /Comune di Castel di Sangro*

*Il trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità e coerenza con la normativa nazionale e comunitaria vigente; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento all'organizzazione e realizzazione del Progetto "PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027. Obiettivo di policy 4 Un'Europa più sociale. PRIORITA' III – Inclusione e protezione sociale. Obiettivo specifico k) – Azione k.2.: Sostegni ai progetti di Vita Indipendente. Anno 2026". Il conferimento dei dati è obbligatorio per accedere al servizio e l'eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di beneficiarne.*

***Identità e dati di contatto***

*Si informa che il "Titolare" del trattamento è: Comune di Castel di Sangro*
*Legale Rappresentante: Sindaco Comune di Castel di Sangro*
*Sede: C.so Vittorio Emanuele, 10 - Castel di Sangro – 67031 –AQ*
*Telefono: 0864 82421*
*PEC: comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it*

***Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati personali (DPO)***

*Si informa che l'Ente ha designato, ai sensi dell'art. 37 GDPR, il responsabile del trattamento dei dati personali (Data Protection Officer) nella persona del dott. Santo Fabiano, contattabile ai seguenti recapiti: Pec formanagement@pec.it e-mail info@formanagement.it*