

**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. 2 MARSICA

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. _____

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. _____

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. _____*