



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO "LT/5"
Comuni di: GAETA, FORMIA, MINTURNO, ITRI, SS. COSMA E DAMIANO,
CASTELFORTE, SPIGNO SATURNIA, PONZA E VENTOTENE
Ufficio Integrazione Socio Sanitaria: Gaeta Piazza XIX MAGGIO, Tel. 0771 469448
e-mail: integr.distrettosud@tiscali.it pec: distrettosociosanitarioformiagaeta@pec.it

**AVVISO PUBBLICO DISTRETTUALE
PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI
A SOSTEGNO DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
(L. R. 20 del 23.11.2006)**

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Vista la Legge Regionale del 23 novembre 2006, n. 20 concernente "Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza";

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione

sociale e i diritti delle persone handicappate", come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162;

Vista la DGR 136/2014 che ha programmato le risorse dei Piani di Zona dei Distretti Sociosanitari

ed ha approvato le Linee Guida per la programmazione degli interventi di politica sociale familiare previsti nella Misura 3.1 "Interventi Legge 20/2006";

Vista Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio";

Visto il Piano Sociale di Zona del Distretto Socio-sanitario Formia-Gaeta, approvato nella seduta del Comitato dei Sindaci n. 7 del 31/10/2018, contenente il progetto Interventi Legge 20/2006" (misura 3.1);

Visto il Verbale n. 1 del 13.01.2019 del Comitato Istituzionale con cui si è approvato l'Avviso pubblico distrettuale e relativa modulistica;

SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande, a favore di persone non autosufficienti e residenti nel territorio del Distretto Socio-Sanitario LT/5 per la concessione dei sotto riportati interventi annuali:

- 1) **assegno di cura**, per programmi di assistenza domiciliare diretta o indiretta, per un importo max di € 5.000,00 cadauno, fino a concorrenza del finanziamento;

- 2) budget di sollievo al care giver familiare, per un importo max di € 2.000,00 cadauno, fino a concorrenza del finanziamento;
- 3) interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente (L. 104/92 art. 3 comma 3) ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive, per un importo max di € 7.000,00 cadauno, fino a concorrenza del finanziamento;

I contributi saranno concessi fino ad esaurimento delle risorse finanziarie

DESTINATARI - REQUISITI

L'accesso ai benefici è riservato a persone con disabilità (ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 e a persone con invalidità pari al 100%. Possono presentare domanda di partecipazione tutte le persone e/o i loro familiari che, al momento della pubblicazione del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti:

- Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Distretto socio-sanitario Formia-Gaeta;
- Certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della L. 104/92 oppure verbale di invalidità civile pari al 100% (nel caso si posseggano tutte le certificazioni anzidette, queste vanno contestualmente presentate);
- Affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) non ricomprese nel Piano d'Ambito della disabilità gravissima in quanto lo stadio diagnosticato non rientra nelle condizioni previste dall'art. 3 comma 2 del D.M. 26/09/2016;

Sono escluse le persone affette da Alzheimer, in quanto saranno inserite nel piano d'ambito per la disabilità gravissima, afferendo alle relative risorse, nel caso in cui lo stato di demenza risponda ai criteri funzionali di cui al Decreto. Diversamente, saranno comprese nella sottomisura 3.3 "Interventi a favore di soggetti affetti da Alzheimer" del Piano Sociale di Zona e gestite secondo la governance sovra-distrettuale.

Non possono presentare domanda di partecipazione i beneficiari, che alla data di scadenza del presente avviso pubblico, abbiano attivi piani assistenziali , ai sensi:

- DGR 104/2017 (D. M. 26 Settembre 2016);
- HCP 2017, HCP 2019.

Si specifica che, i beneficiari della Graduatoria Distrettuale L. 162/98 con PAI attivi alla data di pubblicazione del presente Avviso Pubblico Distrettuale, possono presentare richiesta di integrazione al budget attribuitogli, per un importo pari al contributo massimo riconosciuto per l'assegno di cura del presente avviso. In caso di accoglimento della domanda si dovrà obbligatoriamente procedere con la rimodulazione del PAI e dei successivi atti consequenziali.

Il Distretto si riserva di definire tale modalità in via straordinaria e compatibilmente alle risorse finanziarie disponibili.

Con il presente bando si finanzia l'annualità 2019/2020 per € € 293.786,497 e l'annualità 2020/2021 per € 293.786,497 e l'annualità 2021/2022 per € 293.786,497.

FINALITÀ DELL'INTERVENTO

Il Distretto Socio sanitario LT/5 attiva, sulla base e nei limiti delle risorse finanziarie provenienti dalla Regione Lazio, interventi socio-assistenziali in favore di persone in condizione di non autosufficienza, al fine di:

- a) Favorire ove possibile, la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone in condizione di non autosufficienza;
- b) Evitare fenomeni di isolamento ed il ricorso forzato a percorsi di istituzionalizzazione;
- c) Supportare il nucleo familiare dell'assistito nella condivisione del carico assistenziale ed emozionale;
- d) Implementare la rete di sostegno e di aiuto alle persone in condizione di non autosufficienza e dei familiari che prestano la loro assistenza;
- e) Sostenere la persona non autosufficiente e la sua famiglia, con forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche delle durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive.

TIPOLOGIA DI INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI

Saranno finanziati, ai sensi della L.R. 20/2006, i seguenti interventi:

- A. **ASSEGNO DI CURA:** contributo economico a sostegno della persona non autosufficienti ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, mediante l'attivazione di Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.), da gestire in forma diretta/indiretta.

Prestazioni ammissibili al finanziamento:

- Assistenza domiciliare diretta/indiretta (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente);
- Socializzazione e integrazione per favorire la partecipazione ad attività socializzanti (es. centri diurni);

- B. **BUDGET DI SOLLIEVO:** contributo economico da richiedere per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione temporanea del care giver familiare nel caso di interventi di sollievo di emergenza (malattia, ricovero, assenza forzata ecc.) al fine di permettere al care giver familiare di affrontare nel modo migliore possibili difficoltà e urgenze. Da gestire in forma diretta o indiretta con personale qualificato.

- C. **INTERVENTI DI SOSTEGNO** alla persona disabile non autosufficiente (L. 104/92 art. 3 comma 3) ed alla famiglia , attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive. Da gestire in forma diretta o indiretta con personale qualificato.

Resta inteso, per tutte le tipologie di intervento, che trattandosi di un servizio di assistenza domiciliare diretta/indiretta, la totale libertà di scelta da parte dell'utente o di un suo familiare di stipulare un contratto di lavoro con soggetti privati e nel rispetto della vigente normativa in materia o in alternativa stipulare un contratto con Organizzazioni del Terzo Settore.

Gli assistenti destinati al servizio non potranno essere parenti e/o affini dell'utente entro il 3° grado di parentela.

Gli operatori che possono fornire assistenza alle persone in condizione di totale o parziale non autosufficienza devono essere obbligatoriamente iscritti al Registro distrettuale degli assistenti alla persona e in possesso di uno dei seguenti titoli professionali:

- a) Operatore Socio Sanitario (OSS)
- b) Assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST)
- c) Operatore Socio Assistenziale (OSA)
- d) Operatore tecnico ausiliario (OTA)
- e) Assistente familiare
- f) Diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi socio sanitari;

ATTI DI IMPEGNO PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO SOCIO ASSISTENZIALE

A. ASSEGNO DI CURA: In caso di concessione del contributo l'utente (UVM) o suo familiare dovrà presentare al Servizio Sociale del proprio comune, entro e non oltre 30 giorni dall'approvazione della graduatoria definitiva, tutta la documentazione necessaria (contratto di lavoro con soggetti privati o con Organizzazioni del Terzo Settore, P.A.I. e Scheda creditore) ai fini dell'attivazione del Progetto individualizzato.

Il Servizio Sociale competente provvederà, entro 15 giorni dalla ricezione, a trasmettere all'Ufficio Integrazione Socio sanitaria del Distretto LT/5 la documentazione ricevuta da tutti gli utenti residenti nel proprio comune.

Non saranno finanziate prestazioni che abbiano finalità inerenti e/o correlate al "diritto allo studio" o di natura strettamente sanitaria.

Il finanziamento non è compatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria o sociosanitaria a carattere residenziale, anche se per brevi periodi.

Nel caso di ricovero l'utente o un suo familiare è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Ufficio Integrazione Socio sanitaria, indicando la data dell'inserimento.

In caso di ricovero permanente il finanziamento concesso verrà interrotto; in caso di ricovero per breve periodo il finanziamento verrà sospeso per tutta la durata del periodo di permanenza in struttura.

B. BUDGET DI SOLLIEVO: In caso di concessione del contributo (UVM), l'utente o suo familiare dovrà presentare al Servizio Sociale del proprio comune, la documentazione giustificativa dello stato di emergenza (certificazioni di malattia, ricovero, assenza forzata ecc.) ai fini dell'attivazione del Progetto Assistenziale Individualizzato Straordinario.

C. INTERVENTI DI SOSTEGNO alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive, da gestire in forma diretta o indiretta con personale qualificato.

SI SPECIFICA CHE:

- **IL BENEFICIARIO DELL'ASSEGNO DI CURA (A), PUO' RICHIEDERE COME CONTRIBUTO INTEGRATIVO ESCLUSIVAMENTE L'INTERVENTO DI SOSTEGNO (C);**
- **IL BENEFICIARIO DEL BUDGET DI SOLLIEVO (B), PUO' RICHIEDERE COME CONTRIBUTO INTEGRATIVO ESCLUSIVAMENTE L'INTERVENTO DI SOSTEGNO (C).**

LA COMMISSIONE NEI CASI SOPRA DESCRITTI, A SUO INSINDACABILE GIUDIZIO E, SULLA BASE:

- DEL PAI ELABORATO
- DEL NUMERO DELLE DOMANDE PERVENUTE
- DELLE RISORSE DISPONIBILI

ASSEGNERA' UN CONTRIBUTO, FINO AD UN MASSIMO, DELL'IMPORTO PREVISTO PER TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO.

TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il presente bando sarà pubblicato sul sito del Comune di Gaeta, Comune Capofila e dei Comuni afferenti al Distretto LT/5.

La domanda relativa agli interventi di cui alla L.R. 20/2006, debitamente compilata dovrà essere redatta su apposito modello (Allegato A), la domanda di integrazione dei beneficiari della Graduatoria Distrettuale L. 162/98 redatta su apposito modello (Allegato B), entrambi disponibili presso l'ufficio dei servizi sociali o scaricabile dai siti del Comune Capofila e dei Comuni afferenti al Distretto LT/5.

Le domande potranno pervenire dal giorno _____ al giorno _____ per la prima scadenza, al protocollo generale dei nove Comuni del Distretto LT/5, tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità. Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura:

- per gli interventi di cui alla L.R. 20/2006: **NON APRIRE - DOCUMENTI - CONCESSIONE FINANZIAMENTO MISURA 3.1(L.R 20/2006) - DISTRETTO LT/5;**
- per la richiesta di integrazione dei beneficiari della Graduatoria Distrettuale L. 162/98: **NON APRIRE - DOCUMENTI - RICHIESTA INTEGRAZIONE BUDGET ASSEGNO DI CURA - DISTRETTO LT/5.**

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante Agenzie di recapito autorizzate, rimane a totale rischio del mittente e farà fede il timbro di ricezione ai Comuni del Distretto LT 5.

Il presente Bando è aperto e le domande potranno essere presentate ogni 90 giorni dalla prima scadenza fino ad esaurimento delle risorse finanziarie disponibili per singole annualità e saranno valutate entro i 90 giorni successivi ad ogni scadenza.

I Beneficiari potranno presentare una domanda per ogni annualità

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere obbligatoriamente allegata la seguente documentazione, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del Responsabile del Progetto;
- Copia del Codice Fiscale o delle Tessera Sanitaria del Richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- Copia della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della L. 104/92 oppure verbale di invalidità civile pari al 100% (nel caso si posseggono tutte le certificazioni anzidette queste vanno contestualmente presentate);

- Copia attestazione ISEE Socio-Sanitario dell'utente, in corso di validità. Se il beneficiario ha un'età inferiore ai 18 anni sarà considerato l'ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni o a famiglie con minorenni;

CRITERI DI VALUTAZIONE DEL PUNTEGGIO E ASSEGNAZIONE CONTRIBUTO CRITERI DI VALUTAZIONE

La valutazione delle *condizioni cliniche* del richiedente, ai fini della determinazione del livello di non autosufficienza e del riconoscimento del contributo, verrà effettuata secondo i punteggi dettagliatamente specificati nell'allegata scheda di valutazione. Il punteggio totale di ogni domanda non potrà comunque superare i 18 punti così come meglio specificato:

LIVELLO DI AUTOSUFFICIENZA	
4 punti	Deficit intellettivo grave, che comporti un grave ritardo mentale contestuale a gravi difficoltà di apprendimento.
5 punti	Dipendenza totale
3 punti	Dipendenza grave
1 punto	Dipendenza moderata
0 punti	Dipendenza lieve
-1 punto	Completa autosufficienza

(MAX 9 PUNTI)

VALUTAZIONE DEL CONTESTO SOCIO-AMBIENTALE	
5 punti	Disabile che vive da solo in assenza di caregiver e in assenza di rete familiare
1,5 punti	Disabile che vive da solo con presenza di caregiver (non convivente)
1,5 punti	Presenza di unico familiare anche se non conviventi
1 punto	Disabile che vive all'interno del nucleo familiare
1 punto	Presenza di genitori
0,5 punti	Per ogni familiare convivente con disabilità certificata i sensi della legge 104/92
0,5 punti	Per ogni minore convivente
0,5 punti	Per ogni familiare convivente ultra sessantacinquenne diverso dai genitori

(MAX 5 PUNTI)

FRUIZIONE DI ALTRI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI PUBBLICI E/O CONVENZIONATI	
3 punti	Non fruisce di alcun servizio o frequenta un percorso di scolarizzazione
0,5 punti	Fruisce di servizio assistenza domiciliare fino a 4 ore
0 punti	Fruisce di servizio assistenza domiciliare da 4 a 7 ore
-1 punto	Fruisce di servizio assistenza domiciliare fino o superiore a 8 ore
-1,5 punti	Fruisce di Centro Diurno o di altri Servizi fino a 3 volte
-3 punti	Fruisce di Centro Diurno o di altri Servizi per più di 3 volte

(MAX 3 PUNTI)

INDICATORI I.S.E.E. (REDDITI)		
1 punto	Da € 0	a € 6.500,00
0,5 punti	Da € 6.500,01	a € 13.000,00
0 punti	Da 13.000,01	a € 18.000,00
- 0,5 punti	Da 18.000,01	a € 23.000,00
-1 punto	Da 23.000,01	in poi

Parità di punteggio

A parità di punteggio prederà in graduatoria l'utente che avrà ottenuto il punteggio più alto in base alle singole voci nell'ordine sopraindicato.

In caso di ulteriore parità di punteggio verrà presa in considerazione la data e l'ora di arrivo della domanda all'Ufficio Protocollo dei Comuni afferenti il Distretto LT/5.

L'Ufficio di Integrazione Socio sanitaria del Distretto LT/5 con il Medico Referente del Distretto Sanitario LT/5, a seguito dell'acquisizione delle richieste presentate, provvederà:

- 1) all'istruttoria amministrativa delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse;
- 2) all'invio delle domande all'UVM per la successiva Valutazione Socio-Sanitaria e l'attribuzione dei relativi punteggi;
- 3) redigerà la graduatoria distrettuale;
- 4) attiverà le procedure per l'erogazione dell'Assegno di cura/Contributo di cura/Interventi di sostegno secondo le modalità previste dal Piano di Assistenza Individuale (PAI).

ASSEGNAZIONE CONTRIBUTO

PUNTEGGIO	ASSEGNO DI CURA	BUDGET DI SOLLIEVO	INTERVENTI DI SOSTEGNO
Da 18 a 13	MAX € 5.000,00	MAX € 2.400,00	MAX € 7.000,00
Da 12 a 6	MAX € 4.000,00	MAX € 1.920,00	MAX € 5.600,00
Al di sotto di 5	MAX € 3.000,00	MAX € 1.536,00	MAX € 4.480,00

L'avviso relativo alla consultazione della graduatoria distrettuale definitiva sarà consultabile sul sito istituzionale del Comune di Gaeta, Capofila del Distretto LT/5 e dei Comuni afferenti allo stesso.

L'Ufficio Integrazione Socio-Sanitaria, in caso di decesso, rinuncia o perdita dei requisiti di uno degli aventi diritto, procederà allo scorrimento della graduatoria; in questo caso, i nuovi beneficiari, riceveranno il contributo per il periodo residuo fino alla scadenza dell'annualità prevista;

LA COMMISSIONE , A SUO INSINDACABILE GIUDIZIO E, SULLA BASE:

- DEL PAI ELABORATO
- DEL NUMERO DELLE DOMANDE PERVENUTE
- DELLE RISORSE DISPONIBILI

ASSEGNERA' UN CONTRIBUTO, FINO AD UN MASSIMO,
DELL'IMPORTO PREVISTO PER TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO.

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEL FINANZIAMENTO

L'erogazione:

A) *dell'Assegno di cura* avverrà a rimborso, con cadenza trimestrale, a seguito della presentazione al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza:

- da parte dell'utente o suo familiare della documentazione attestante le spese sostenute (busta paga) - nel caso di assistenza domiciliare indiretta;
- da parte dell'Organismo del Terzo Settore della fattura attestante il servizio prestato (nel caso di assistenza domiciliare diretta).

Il Servizio Sociale provvederà, entro 15 giorni dalla ricezione della rendicontazione degli utenti residenti nel proprio comune, a trasmettere all'Ufficio Integrazione Socio Sanitaria la documentazione di cui sopra.

Saranno rimborsabili le sole spese sostenute per:

- compensi ad assistenti personali formati incaricati, mediante contratto di lavoro privati;
- compensi ad assistenti personali formati, mediante contratti con Organizzazioni del Terzo Settore.

B) del *Budget di sollievo* / C) *Interventi di Sostegno* avverrà dietro presentazione di documentazione attestante le spese effettivamente sostenute all'assistente sociale del comune di residenza che provvederà a trasmetterla all'Ufficio Integrazione Socio-Sanitaria.

CASI PARTICOLARI

Eventuali modifiche alle modalità di fruizione del servizio, rispetto a quelle inizialmente previste, dovranno essere comunicate anticipatamente sia al Servizio Sociale competente sia all'Ufficio Integrazione Socio Sanitaria del Distretto LT/5.

Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati personali presenti nelle domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) avverrà, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di che trattasi e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso:

Sede del Distretto LT/5	PIAZZA XIX MAGGIO, GAETA	Tel. 0771/469448
Comune di Formia	Via Lavanga, 140	Tel. 0771/778613
Comune di Gaeta	Piazza XIX Maggio	Tel. 0771/469465
Comune di Minturno	Via Principe di Piemonte,1	Tel. 0771/6608263
Comune di Itri	P.zza Umberto, 1	Tel. 0771/732120
Comune di SS. Coma e Damiano	L.go E. De Nicola, 5	Tel. 0771/607829
Comune di Castelforte	P.zza Municipio,1	Tel. 0771/607925
Comune di Spigno Saturnia	P.zza Dante,1	Tel. 0771/64021 (8)
Comune di Ponza	P.zza Pisacane, 1	Tel. 0771/80108
Comune di Ventotene	P.zza Castello, 1	Tel. 0771/85014

**Il Dirigente
(Dott. Pasquale Fusco)**

ALLEGATO B)

Al Comune di Gaeta
Capofila del Distretto Socio Sanitario LT/5
per il tramite

del COMUNE di _____

AVVISO PUBBLICO DISTRETTUALE L. R. 20/06
CONCESSIONE CONTRIBUTI A SOSTEGNO DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
"RICHIESTA DI INTEGRAZIONE AL BUDGET CONTRIBUTO L. 162/98"

BENEFICIARIO L. 162/98

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

RESPONSABILE DEL PROGETTO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

DICHIARA

CHE ALLA DATA DI PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO PUBBLICO DISTRETTUALE L.R. 20/2006 E' ATTIVO UN PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (P.A.I.)

CHIEDE

L'INTEGRAZIONE AL BUDGET ATROBUITOLI CON LA L. 162/98 PER UN IMPORTO PARI AL CONTRIBUTO MASSIMO RICONOSCIUTO PER L'ASSEGNO DI CURA AI SENSI DELLA L. R. 20.06

E CHE

IN CASO DI ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA SI PROCEDEREA' CON LA RIMODULAZIONE DEL P.A.I. E DEI SUCCESSIVI ATTI CONSEQUENZIALI.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nelle domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e data, _____

Firma del Richiedente

ALLEGATO A)

**Al Comune di Gaeta
capofila del Distretto Socio Sanitario LT/5
per il tramite**

del COMUNE di _____

**DOMANDA
PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A
SOSTEGNO DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
(L. R. 20 del 23.11.2006)**

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Telefono _____ Cell. _____
e-mail _____

ovvero in qualità di familiare/legale rappresentante/care giver (Responsabile del progetto) di:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____
rapporto di parentela _____
DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)

CHIEDE

la concessione del finanziamento per l'attivazione dei seguenti interventi:

assegno di cura, per programmi di assistenza domiciliare, per un importo max di € 5.000,00 **cadauno**, fino a concorrenza del finanziamento.

Assistenza domiciliare:

- diretta
- indiretta

budget di sollievo al care giver familiare, per un importo max di € 2.000,00 **cadauno**, fino a concorrenza del finanziamento;

Assistenza domiciliare:

- diretta
- indiretta

interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente (L. 104/92 art. 3 comma 3) ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive, per un importo max di € 7.000,00 cadauno, fino a concorrenza del finanziamento;

Assistenza domiciliare:

- diretta
- indiretta

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Distretto socio-sanitario Formia-Gaeta;
2. Certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della L. 104/92 oppure verbale di invalidità' civile pari al 100% (nel caso si posseggano tutte le certificazioni anzidette, queste vanno contestualmente presentate);
3. Affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) non ricomprese nel Piano d'Ambito della disabilità gravissima in quanto lo stadio diagnosticato non rientra nelle condizioni previste dall'art. 3 comma 2 del D.M. 26/09/2016;
4. di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti personali formati nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idoneo contratto con Organizzazioni del Terzo Settore.
5. di impegnarsi a trasmettere, al servizio sociale del comune di residenza, la documentazione necessaria per l'avvio del progetto assistenziale entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro con assistente personale formato o contratto con organismi del terzo settore);
6. che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
7. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela	Disabilità L.104/92

Allega alla presente domanda

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere obbligatoriamente allegata la seguente documentazione, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del Responsabile del Progetto;
- Copia del Codice Fiscale o delle Tessera Sanitaria del Richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- Copia della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della L. 104/92 oppure verbale di invalidità civile pari al 100% (nel caso si posseggono tutte le certificazioni anzidette queste vanno contestualmente presentate);
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario dell'utente, in corso di validità. Se il beneficiario ha un'età inferiore ai 18 anni sarà considerato l'ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni o a famiglie con minorenni;

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nelle domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e data, _____

Firma del Richiedente
