



**COMUNITA' MONTANA AVENTINO MEDIO SANGRO**

*Loc. Quadrelli*

*66017 Palena*

*Reg. pubbl. n. 596/13*

**ENTE DI AMBITO SOCIALE "AVENTINO" N. 20**

**AVVISO PUBBLICO PER LA RICHIESTA DI ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIME**

**PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA- PLNA 2013**

*(Delibera di Giunta Regionale n. 641 del 09.09.2013)*

**IL RESPONSABILE DELL'ENTE D'AMBITO**

**RENDE NOTO**

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per l'erogazione dell'assegno per disabilità gravissime in favore di persone in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore come individuato dall'art.3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 20.03.2013.

#### **FINALITA' E DESTINATARI**

L'assegno per disabilità gravissime è un beneficio economico in favore di persone in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore. L'erogazione dell'assegno è subordinato alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente e a garantire alla stessa la permanenza nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo, evitando il ricovero in strutture ospedaliere e/o residenziali. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso o mediante ricorso alla prestazione lavorativa di un assistente familiare. La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ne ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, deve essere formalizzata attraverso apposito accordo sottoscritto con il Servizio Sociale competente ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato (PAI), redatto a cura dell'UVM.

## REQUISITI

L'ammissione al beneficio sarà concessa a coloro che possiedono i seguenti requisiti:

- Residenza in uno dei Comuni dell'Ambito Sociale n. 20;
- Non essere beneficiari di altri contributi e/o sussidi economici per lo stesso servizio, nello specifico non essere beneficiari di contributi per le persone affette da SLA, Assegno Vita Indipendente, Assegno di Cura;
- Certificazione di riconoscimento di una invalidità al 100%;
- Certificazione della disabilità in situazione di gravità (L. 104/92 art. 3 comma 3).

Nel caso in cui le richieste di contributo dovessero eccedere la disponibilità finanziaria, si procederà a stilare apposita graduatoria tra gli aventi diritto che terra conto del seguenti parametri:

- Situazione familiare;
- Reddito ISEE;
- Servizi di assistenza a supporto.

Parametri per punteggio riferiti alla Situazione Familiare:

Il richiedente vive con familiari e con assistente familiare	10 punti
Il richiedente vive con assistente familiare	8 punti
Il richiedente vive con un solo familiare	7 punti
Il richiedente vive con più familiari di riferimento	5 punti

Parametri per punteggio riferiti al Reddito:

Reddito ISEE non superiore alla soglia del minima vitale (€ 4.000,00 annui)	5 punti
Reddito ISEE compreso tra la soglia del minima vitale e € 11.000,00 annui	4 punti
Reddito ISEE compreso tra € 11.000,01 ed € 15.000,00 annui	3 punti
Reddito ISEE compreso tra € 15.000,01 ed € 25.000,00 annui	2 punti
Reddito ISEE oltre € 25.000,00 annui	1 punto

Parametri per punteggio riferiti ai Servizi di assistenza a supporto

Soggetto che fruisce di assistenza da parte di assistente familiare regolarmente	5 punti
Soggetto che fruisce di altre forme di assistenza privata	3 punti
Soggetto che fruisce di assistenza da parte di familiari	1 punto

### **ENTITA' DEL CONTRIBUTO**

Le domande saranno valutate dall'U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale) dei Distretto Sanitari competenti per territorio di residenza del richiedente. La Comunità Montana, in qualità di Ambito Sociale, erogherà, previa disponibilità finanziarie, un contributo economico, che varia da € 600 a € 1.000,00 che sarà definito in relazione al numero delle domande pervenute e fino alla disponibilità delle risorse finanziarie.

### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

A pena di esclusione, la domanda deve essere compilata unicamente su moduli predisposti dall'EAS n. 20, allegando:

- Copia di un documento di identità del richiedente in corso di validità
- Copia della certificazione di invalidità e di indennità di accompagnamento
- Copia della certificazione della disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3
- Copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato;
- Dichiarazione Stato di famiglia;
- Dichiarazione ISEE.

Il modulo di domanda e il bando completo sono disponibili:

Presso l' EAS Aventino e i Comuni aderenti, scaricabili dai siti istituzionali

La domanda, debitamente compilata e completa degli allegati richiesti, dovrà essere inviata tramite il servizio postale o mediante consegna a mano all'Ufficio Protocollo della Comunità Montana, al seguente indirizzo: COMUNITA MONTANA AVENTINO MEDIO SANGRO – Loc. Quadrelli – 66017 Palena (CH), ovvero, presentate al Protocollo del Comune di Residenza.

Sul plico dovrà essere riportata la seguente dicitura: "RICHIESTA DI ASSEGNO PER DISABILITA' GRAVISSIME"

### **SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Le domande dovranno pervenire al protocollo della Comunità' Montana e/o ai Comuni entro e non oltre, pena l'esclusione, il giorno 20.12.2013, alle ore 12.00. I Comuni devono far pervenire, all'EAS, le richieste pervenute entro le 13.00 dello stesso giorno.

La Comunità' Montana non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni se di fatto non dipendenti dai propri uffici, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

#### **ALTRE DISPOSIZIONI**

Il Servizio Sociale dell'EAS n. 20 procederà all'istruttoria delle domande ed alla verifica del possesso dei requisiti. La valutazione del grado di compromissione funzionale dei malati che hanno presentato istanza di accesso agli assegni di cura è effettuata dall'UVM competente per territorio, che provvederà alla redazione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Ai sensi del DPR n. 445/00 le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia. I cittadini interessati decadranno, inoltre, dai benefici eventualmente ottenuti (art. 75 DPR 445/2000).

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, il trattamento dei dati personali forniti e raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza. I dati personali forniti sono prescritti dalle disposizioni vigenti e saranno trattati dal Servizio Sociale esclusivamente per le finalità di cui al presente procedimento. Il trattamento dei dati potrà essere effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici. L'interessato potrà esercitare, in ogni momento, i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.

Palena, 10.12.2013

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

**F.to Dott. Luigi Moschetta**

All' Ente di Ambito Sociale n 20 "Aventino"  
Comunità Montana Aventino Medio Sangro  
Loc Quadrelli  
66017 Palena (CH)

MODULO DI DOMANDA  
PER RICHIESTA ASSEGNO DISABILITA'GRAVISSIME PLNA 2013

Riservato all'Ente di Ambito Sociale- Comune:

Domanda n.:

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA A NORMA DELLA LEGGE N. 445/00*

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ Codice

fiscale \_\_\_\_\_ Medico di Medicina Generale:

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**chiede**

l'assegnazione di assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale nell'ambito del PLNA 2013

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax

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

in qualità di:

- familiare;  
 tutore;  
 amministratore di sostegno;  
 altro (specificare) .....

**chiede**

l'assegnazione di assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale nell'ambito del PLNA 2013

a favore di: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di essere nella seguente condizione e/o che il soggetto interessato all'Assegno disabilità gravissime presenta la seguente condizione:

- persona disabile in situazione di gravità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- persona con il seguente grado di invalidità: \_\_\_\_\_:

di essere assistito e/o che il soggetto interessato è assistito:

- da persona con regolare contratto di lavoro per forme di assistenza private;
- in maniera diretta dal proprio familiare;
- di non essere beneficiario e/o che il soggetto interessato non è beneficiario di altri contributi e/o sussidi economici per lo stesso servizio.

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.
- Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

**Allega** alla presente domanda:

- certificato di invalidità in corso di validità.

- certificato legge 104/92 in corso di validità.
  - fotocopia documento identità in corso di validità del diretto interessato.
  - certificazione ISEE in corso di validità.
  - Copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato;
  - Dichiarazione Stato di famiglia;
  - altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione \_\_\_\_\_
- 

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via / piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui al *Piano Locale per la non Autosufficienza anno 2013*.

Firma \_\_\_\_\_

