

COMUNE DI TITO**AMBITO SOCIO-TERRITORIALE MARMO-PLATANO-MELANDRO****SCHEMA DI AVVISO PUBBLICO****LA RESPONSABILE DELL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI****rende noto**

che, ai sensi e per gli effetti della Deliberazione del Consiglio Regionale n. 588 del 28/09/2009, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

ASSEGNO DI CURA

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

1. FINALITÀ DELL'ASSEGNO DI CURA

L'assegno di cura è un intervento sperimentale mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona non autosufficiente, evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona non autosufficiente nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

L'assegno di cura viene concesso per interventi:

- rivolti alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente (Assegno di tipo A);
- rivolti alla famiglia che si avvale, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari, nell'ottica della conciliazione tra lavoro, impegno e attività di cura e realizzazione della vita personale (Assegno di tipo B);
- a sostegno del progetto di vita indipendente della persona non autosufficiente, perché provveda direttamente ad acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da familiari o da altri (Assegno di tipo C).

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009 le persone non autosufficienti e le famiglie che assicurano ai propri familiari non autosufficienti la necessaria assistenza al domicilio, che siano residenti in Basilicata da almeno 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente Avviso, in possesso dei seguenti requisiti:

- condizione di non autosufficienza valutata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) del Servizio di A.D.I. e comprovata dalle competenti commissioni mediche per l'accertamento dello stato di invalidità di cui alla **Legge n. 18 del 11/02/1980** così come riportato ai punti del Verbale di Commissione Medica:
 - 5** (invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100%, con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore legge 18/80 e 506/88),
 - 6** (invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere

gli atti quotidiani della vita, legge 18/80 e 506/88),

12 (invalido ultrasessantacinquenne con totale e permanente inabilità lavorativa 100%, con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore legge 18/80 e 506/88), e con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, no essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita legge 18/80 e 506/88;

- condizione economica del nucleo familiare della persona non autosufficiente rilevata dalla certificazione I.S.E.E 2021, non superiore ai € 10.635,30.

Per essere destinataria dell'assegno di cura di tipo A, la famiglia deve essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona non autosufficiente, ovvero garantire la presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

3. ENTITÀ DELL'ASSEGNO

L'importo mensile dell'assegno di cura, che integra l'indennità di accompagnamento, di tipo B e di quello di tipo C è di € 300,00.

Tale importo è ridotto del 20% nel caso dell'assegno di tipo A (€ 240,00).

Il contributo è concesso su base mensile e non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

Il diritto dei beneficiari al contributo economico decorre dal mese di presentazione della domanda. In caso di subentro il diritto del beneficiario subentrato decorre dal mese di sottoscrizione del PAI.

Il contributo economico sarà erogato mensilmente, compatibilmente con le risorse disponibili, dal Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accredito su conto corrente bancario.

Il contributo non è cumulabile con i benefici economici di altri programmi di sostegno alla disabilità quali, senza pretesa di esaustività, il contributo per persone affette da **SLA** di cui alla D.G.R. n. 256/2013, il contributo per persone in **Stato vegetativo** di cui alla D.G.R. n. 1016/2013, il contributo alle persone in condizione di **disabilità gravissima** di cui alle DD.G.R. n. 1037 dell'11/10/2018 e n. 1100 del 30/10/2018, ecc.

4. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare per via elettronica la domanda di Assegno di Cura, il cui modello è presente negli allegati A, B e C del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale <https://assegnodicura.regione.basilicata.it> o rivolgendosi all'Ufficio Sociale del Comune di residenza.

La domanda compilata on line dovrà essere stampata in triplice copia utilizzando la funzione stampa finale del sistema telematico.

Le tre copie stampate e firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, devono essere consegnate a mano o per PEC-Posta Elettronica Certificata al Comune di residenza della persona non autosufficiente entro n. 30 (TRENTA) giorni dalla pubblicazione del presente avviso.

Per le domande consegnate a mano farà fede timbro e data di accettazione del Comune di residenza che rilascerà al richiedente, quale ricevuta, una delle tre copie della domanda. Per le domande trasmesse a mezzo PEC indicare nell'oggetto "RICHIESTA ASSEGNO DI CURA PER NON AUTOSUFFICIENTI" e farà fede la data di consegna.

La domanda non sarà accettata se:

- non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;
- risulterà stampata in versione bozza;
- risulterà modificata e/o integrata a mano.

Il richiedente può presentare domanda per una sola delle tipologie di assegno. Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente attestante il valore non superiore a € 10.635,30;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente Avviso, accompagnato da un'autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A) o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari o di altre persone (Assegno di tipo B o di tipo C);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con uno o più familiari o assistenti familiari (solo nel caso la persona non autosufficiente sia già assistita da familiari o assistenti familiari o da altre persone e richieda l'assegno di tipo B o di tipo C).

5. DEFINIZIONE DELLA GRADUATORIA COMUNALE DEI POTENZIALI BENEFICIARI

Il Comune di residenza, ricevute le domande, ne verifica l'ammissibilità e stila la graduatoria dei potenziali beneficiari, mediante apposita istruttoria affidata agli uffici competenti, entro 60 giorni dalla scadenza dell'Avviso Pubblico sulla base dei criteri di seguito definiti.

Ai fini della compilazione della graduatoria dei potenziali beneficiari le fasce di reddito, riferite al calcolo I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, sono come di seguito definite insieme ai relativi punteggi:

<i>Fasce reddito familiare (ISEE)</i>	<i>Punteggio</i>
Fino a € 5.317,65	3
da € 5.317,66 a € 7.976,47	2
da € 7.976,48 a € 10.635,30	1

In caso di parità di punteggio viene data priorità in ordine di importanza:

1. alle persone sole che intendono avvalersi, a titolo oneroso, di assistenti familiari;

2. alle persone la cui famiglia intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari;
3. alle persone più anziane.

La graduatoria avrà validità per la durata dell'Avviso.

6. INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI

In relazione al numero degli assegni erogabili, sulla base delle risorse finanziarie disponibili per l'Ambito, il Comune di residenza, approva la graduatoria dei potenziali beneficiari, ed invia, entro 5 giorni dall'approvazione, all'Ufficio Sociale del Comune Capofila competente di Ambito Socio-Territoriale un numero doppio di fascicoli relativi alle domande di cittadini utilmente collocati in graduatoria per l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) del Servizio A.D.I. dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, integrata dall'Assistente Sociale del Comune di residenza interessato.

L'UVM, entro 45 giorni dalla data di trasmissione dei fascicoli, redige un verbale in cui individua l'elenco dei beneficiari sulla base dei criteri e le modalità indicati all'ultimo paragrafo del presente punto.

Sulla base del verbale dell'UVM il Comune **di residenza**, con specifico atto amministrativo, procede, nei 5 giorni successivi, all'approvazione e alla pubblicazione dell'elenco definitivo dei beneficiari, comprensivo dell'eventuale lista di attesa, dell'Assegno di Cura. Gli eventuali ricorsi dovranno essere presenti al Comune di residenza del beneficiario per la relativa gestione del contenzioso.

L'eventuale sostituzione dei beneficiari, in relazione al numero degli assegni erogabili, avverrà attraverso un nuovo processo di valutazione da parte dell'UVM che riguarderà un numero doppio di nominativi inseriti utilmente nella graduatoria comunale.

L'UVM, attivata secondo le procedure sopra descritte, individua i beneficiari dell'assegno di cura utilizzando i criteri e le modalità definite nelle DD.GG.RR. n. 1655 del 30/07/2001 "Approvazione delle linee-guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" e n. 862 del 10/06/2008 - Approvazione delle nuove linee-guida per l'erogazione del Servizio di Cure Domiciliari nella Regione Basilicata".

7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Dopo la pubblicazione, da parte del Comune di residenza, dell'elenco definitivo dei beneficiari di ciascun Comune, il Servizio Sociale del Comune di residenza, entro 10 giorni dalla data di pubblicazione, incontra i beneficiari ed avvia la procedura di "presa in carico" verificando i dati esposti nella domanda di partecipazione al programma, illustrando le caratteristiche del Programma ed acquisendo il consenso del beneficiario o del care giver alla predisposizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), come disposto dal punto 5.8 della Direttiva approvata con D.C.R. n. 588 del 28/09/2009. Al termine dell'incontro sarà redatto un verbale sottoscritto dalle parti.

Il PAI sarà redatto ed approvato entro e non oltre 40 giorni dalla pubblicazione dell'elenco definitivo dei beneficiari di ciascun Comune. La mancata sottoscrizione entro i termini prescritti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo economico. L'erogazione del contributo economico sarà riattivata dal mese successivo all'avvenuta firma. La firma del PAI non dà luogo al riconoscimento di arretrati in caso di subentro a seguito di esclusione di un beneficiario.

Le eventuali variazioni dell'elenco dei beneficiari da parte dei Comuni di residenza degli stessi dovranno essere registrate ed inviate tramite il sistema informativo del programma entro il giorno 10 di ogni mese al rispettivo Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale in tempo utile perché quest'ultimo possa predisporre i pagamenti. Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

L'eventuale documentazione cartacea relativa alle variazioni intervenute dovrà essere inviata, immediatamente dopo tale registrazione nel sistema, al Comune Capofila.

8. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE

Il ricovero in struttura residenziale di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione dell'Assegno di Cura per la durata del ricovero stesso.

Il diritto al contributo cessa:

- con l'inserimento definitivo in struttura residenziale;
- con il trasferimento al di fuori del territorio regionale;
- con il decesso;
- con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
- con la richiesta di rinuncia da parte del beneficiario o di colui/colei che ha presentato la domanda.

Nel caso di cambio di residenza del beneficiario all'interno del territorio regionale, lo stesso rimane inserito nell'elenco del Comune che ha originariamente concesso l'assegno di cura.

Sono applicabili all'assegno di cura anche le cause di esclusione o di sospensione previste per l'indennità di accompagnamento.

Il beneficiario o chi per lui si impegna a comunicare in autocertificazione secondo le normative vigenti qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro i 30 giorni successivi al Comune di residenza.

9. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 - REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI E DEL CODICE DELLA PRIVACY ITALIANO, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 101/2018)

I dati raccolti, nell'ambito del procedimento di cui al presente avviso, saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Picerno (in qualità di Ente capofila) e dal Comune di residenza del beneficiario, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto Leg.vo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR).

TITO, 31.03.2021

**LA RESPONSABILE DEL
SERVIZIO**

**Dott.ssa Gaetana
BUONANSEGNA**

ASSEGNO DI CURA TIPO "A"
(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____
<small>(Riservato all'Ufficio)</small>	

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)
(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "A"

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

- a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare non autosufficiente presso il suo domicilio;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la persona di riferimento è:

Signor/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
 IBAN _____

Intestato a		
Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
□	□	□

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____ Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- attestazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A);
- documento di identità valido del dichiarante.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)

ASSEGNO DI CURA TIPO "B"
(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)
(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "B"

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

- a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b. che la famiglia:
 - intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;
- ovvero
- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la persona di riferimento è:

Signor/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia	
1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:	
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/____	

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____, codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (_____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
IBAN _____

<i>Intestato a</i>		
Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____ Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Assegno di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)

ASSEGNO DI CURA TIPO "C"

(supporto alla persona non autosufficiente che intende avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da familiari o da altri)

Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/supporto istituzionale/altro (spec.)
 (la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "C"

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

- a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b. che il beneficiario:
 - intende acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da parte di familiari o di altri per sostenere il proprio progetto di vita indipendente; ovvero
 - sostiene gli oneri per l'assistenza alla propria persona da parte di familiari o di terzi;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la persona di riferimento è:

Signor/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia	
1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/___, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:	
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/___	

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/l'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (_____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
 IBAN _____

<i>Intestato a</i>		
Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____ Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

 (firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da parte di un familiare o di altri (Assegno di tipo C);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con un familiare o uno o più assistenti familiari o un'altra persona;
- documento di identità valido del dichiarante.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

 (firma leggibile)

COMUNE DI TITO**AMBITO SOCIO-TERRITORIALE MARMO-PLATANO-MELANDRO****SCHEMA DI AVVISO PUBBLICO****LA RESPONSABILE DELL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI**

rende noto

che, ai sensi e per gli effetti della Deliberazione della Giunta Regionale n. 256 del 12/03/2013, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

1. FINALITÀ DEL CONTRIBUTO ECONOMICO

Il contributo economico è un intervento mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona affetta da SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica), evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona malata di SLA nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

Il contributo economico viene concesso per interventi:

- rivolti alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA (Contributo di tipo A);
- rivolti alla persona malata di SLA o alla sua famiglia che si avvale, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari, nell'ottica della conciliazione tra lavoro, impegno e attività di cura e realizzazione della vita personale (Contributo di tipo B).

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla D.G.R. n. 256 del 12/03/2013 le persone malate di SLA che

- siano residenti in Basilicata da almeno 6 mesi;
- siano in possesso della certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- siano già inserite nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

È, inoltre, destinataria dei contributi economici la famiglia che assicura al proprio familiare malato di SLA con le caratteristiche sopra descritte, la necessaria assistenza al domicilio, sia direttamente che attraverso l'impiego a titolo oneroso di assistenti familiari.

Per essere destinatari del contributo economico di tipo A, i familiari devono essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona affetta da SLA, ovvero garantire una presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

La persona malata di SLA è comunque identificata quale beneficiario finale del contributo oggetto del presente avviso.

3. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

L'entità del contributo economico è stabilita in base a due variabili:

- la stadiazione della malattia;
- il ricorso o meno ad un aiuto a titolo oneroso.

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN PRESENZA DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 500,00
B	€ 1.200,00
C	€ 2.300,00
D	€ 3.000,00

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN ASSENZA DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 250,00
B	€ 600,00
C	€ 1.150,00
D	€ 2.000,00

Il contributo è concesso su base mensile e non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

Il contributo non è cumulabile con i benefici economici di altri programmi di sostegno alla disabilità quali, senza pretesa di esaustività, l'“**Assegno di Cura**” di cui alla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009, il contributo per persone in “**Stato vegetativo**” di cui alla D.G.R. n. 1016/2013, il contributo alle persone in condizione di “**disabilità gravissima**” di cui alle DD.G.R. n. 1037 dell'11/10/2018 e n. 1100 del 30/10/2018, ecc.

Il contributo economico sarà erogato mensilmente, compatibilmente con le risorse disponibili, dal Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accredito su conto corrente bancario.

Il livello di stadiazione deve essere certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari Hub o Spoke di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

4. RICHIESTE DI CONTRIBUTO ECCEDENTI I FINANZIAMENTI DISPONIBILI

Nel caso in cui le richieste di contributo eccedessero la disponibilità finanziaria dell'Ambito, avranno priorità le persone malate di SLA con una stadiazione più alta. Nel caso di parità di stadiazione, avranno priorità le persone malate di SLA con un ISEE più basso. Le richieste eccedenti saranno collocate in lista di attesa, stilata secondo i medesimi criteri. Allo scopo di far fronte all'eventualità di cui al presente punto, il Comune di residenza del

beneficiario potrà richiedere l'attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013) o ISEE Minorenni.

5. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare per via elettronica la domanda di contributo economico, il cui modello è presente negli allegati A e B del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale <http://sla.regione.basilicata.it> o rivolgendosi all'Ufficio Sociale del Comune di residenza.

La domanda compilata on line dovrà essere stampata in triplice copia utilizzando la funzione stampa finale del sistema telematico.

Le tre copie firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, risultante dalla compilazione del formulario elettronico, devono essere consegnate a mano o per PEC-Posta Elettronica Certificata al Comune di residenza della persona malata di SLA entro n. 30 (TRENTA) giorni dalla pubblicazione del presente avviso che continuerà a rimanere valido anche dopo tale data compatibilmente con la disponibilità di risorse finanziarie. Per le domande consegnate a mano farà fede il timbro e data di accettazione del Comune di residenza .

La domanda non sarà accettata se:

- non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;
- risulterà stampata in versione bozza;
- risulterà modificata e/o integrata a mano.

Il richiedente può presentare domanda per una sola delle tipologie di contributo.

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub o Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.C.R. n. 256 del 12/03/2013;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A) o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con uno o più familiari o assistenti familiari (solo nel caso la persona non autosufficiente sia già assistita da familiari o assistenti familiari e richieda l'contributo di tipo B).

6. DEFINIZIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

Il Comune di residenza della persona affetta da SLA, ricevute le domande, ne verifica l'ammissibilità e stila l'elenco dei beneficiari del proprio Comune, indicando i dati delle priorità riportate nel precedente punto 4 del

presente avviso (stadiazione della malattia e ISEE del richiedente), entro 15 giorni dalla scadenza dell'avviso. L'elenco dei beneficiari ammessi, con le indicazioni di ognuno di essi della stadi azione della malattia e ISEE del richiedente, viene trasmesso al Comune capofila dell'Ambito Socio Territoriale di appartenenza, il quale stila ed approva l'elenco di Ambito dei beneficiari, comprensivo dell'eventuale lista di attesa, dandone comune ai comuni interessati.

7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Il Servizio Sociale del Comune di residenza dei singoli beneficiari, entro 10 giorni dalla pubblicazione dell'elenco provvisorio, contatta consultivamente il Centro Spoke per la SLA-Coordinamento Cure Domiciliari e Palliative territorialmente competente, di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, per procedere alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato con le modalità descritte al successivo punto 8 sulla base di quello già predisposto dal Centro di Riferimento.

Nel PAI deve essere presente la certificazione del livello di stadiazione rilasciata dal Centro di Riferimento Regionale Hub o Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

Il PAI sarà redatto ed approvato entro e non oltre 40 giorni dall'approvazione dell'elenco dei beneficiari.

La mancata sottoscrizione del PAI entro i termini prescritti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo economico. L'erogazione del contributo economico sarà riattivata dal mese successivo all'avvenuta firma. La firma del PAI non dà luogo al riconoscimento di arretrati in caso di subentro a seguito di esclusione di un beneficiario.

8. PRESA IN CARICO

Sulla base dell'elenco provvisorio dei beneficiari di cui al precedente punto 7 il Servizio sociale del comune di residenza competente attiva il procedimento di "presa in carico" del beneficiario attraverso la definizione e l'approvazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che diviene la condizione necessaria per l'erogazione del contributo economico.

La presa in carico deve risultare attiva nel sistema informativo del Programma regionale entro il giorno 10 del mese successivo all'approvazione del PAI. Il Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale verifica lo stato della presa in carico e trascorso tale termine, se questa non risulta attivata sul sistema informativo regionale, sollecita i Comuni di residenza per avviare le procedure di "presa in carico".

Alla definizione ed alla gestione del PAI concorrono, oltre al Servizio Sociale comunale competente di residenza, anche la famiglia ed altri soggetti interessati od interessabili.

Responsabile del PAI è un Case Manager individuato nella figura dell'assistente sociale del Servizio sociale del comune di residenza.

Il Case Manager cura le diverse fasi della presa in carico che riguardano la valutazione, la redazione del piano di assistenza individualizzato e la rivalutazione, svolgendo il ruolo di raccordo tra gli attori delle suddette fasi e con altri soggetti di volta in volta interessati od interessabili alle medesime.

Il Case Manager verifica, inoltre, l'eventuale sopravvenienza delle cause di esclusione o di sospensione del beneficio indicate al successivo punto 9.

Il Piano di Assistenza Individualizzato è predisposto dal Servizio Sociale comunale competente, attraverso il Case Manager e deve contenere:

- gli obiettivi generali ed obiettivi specifici, riferiti questi ultimi ai diversi attori del progetto;
- la durata prevista;
- il programma degli interventi;
- il livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale Hub oppure Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012;
- i vincoli negoziati tra le parti;
- gli impegni della famiglia del beneficiario, se esistente o del "caregiver";
- la responsabilità dei singoli operatori dei servizi della rete per l'attuazione del programma degli interventi;
- i bisogni formativi e/o di addestramento dei caregivers.

Il Piano di Assistenza Individualizzato va aggiornato almeno ogni 4 mesi, in base alle condizioni generali del paziente e della sua famiglia e in tempo utile per valutare le possibili variazioni del percorso assistenziale, nonché in considerazione dell'eventuale variazione del livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

Ad ogni aggiornamento del PAI da parte del Servizio Sociale del Comune di residenza del beneficiario, sarà possibile modificare la tipologia di contributo da "A" a "B".

Mensilmente per le domande di tipo "B" il referente comunale potrà comunicare che per una determinata mensilità il beneficiario non è in grado di produrre la documentazione comprovante l'ausilio di un sostegno a titolo oneroso (BUSTA PAGA E/O BONIFICO ALL'ASSISTENTE) e pertanto riceverà il contributo di importo pari alla domanda di tipo "A" per lo stesso livello di stadiazione.

9. GESTIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

L'elenco di Ambito dei beneficiari diventa definitivo dopo la firma del PAI.

Il diritto dei beneficiari al contributo economico decorre dal mese di presentazione della domanda. In caso di subentro il diritto del beneficiario subentrato decorre dal mese di sottoscrizione del PAI.

Le domande che perverranno dopo la scadenza fissata nell'Avviso Pubblico saranno comunque ricevute dal Comune di residenza, e gestite nelle stesse modalità di cui al punto 6 del presente avviso.

Le eventuali variazioni dell'elenco dei beneficiari da parte dei Comuni di residenza degli stessi dovranno essere registrate ed inviate tramite il sistema informativo del programma entro il giorno 10 di ogni mese al rispettivo Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale in tempo utile perché quest'ultimo possa predisporre i pagamenti. Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

L'eventuale documentazione cartacea relativa alle variazioni intervenute dovrà essere inviata, immediatamente dopo tale registrazione nel sistema, al Comune Capofila.

10. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE

Il ricovero in struttura residenziale o sanitaria di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione del contributo economico per la durata del ricovero fino a complessivi quattro mesi.

Il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo o di durata superiore a quattro mesi in struttura residenziale o sanitaria, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.

Sono applicabili a questo intervento economico anche le cause di esclusione o di sospensione previste per l'indennità di accompagnamento.

Il beneficiario o chi per lui si impegna a comunicare in autocertificazione secondo le normative vigenti qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro 15 giorni al Comune di residenza.

11. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 - REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI E DEL CODICE DELLA PRIVACY ITALIANO, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 101/2018)

I dati raccolti, nell'ambito del procedimento di cui al presente avviso, saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Picerno (in qualità di Ente capofila) e dal Comune di residenza del beneficiario, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto Leg.vo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR).

Tito, 31.03.2021

LA RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Dott.ssa

Gaetana BUONANSEGNA

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "A"

*(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare
malato di SLA)*

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

 nato/a a _____ (____) il _____

 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

 in qualità di _____ (**titolare,**
familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "A"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

 nato/a a _____ (____) il _____

 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

A tal fine, il sottoscritto

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare malato di SLA presso il suo domicilio;

c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

 nato/a a _____ (____) il _____

 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accredito bancario, su istituto di credito

_____ IBAN

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>		

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona affetta da SLA:

- l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- il decesso;
- il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

In fede

Luogo, _____

Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

 (firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)

- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A);
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data _____

—

Il Dichiarante

(firma leggibile)

FAC-SIMILE

FAC-SIMILE

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "B"

(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

 nato/a a _____ (____) il _____

 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

 in qualità di _____ (*titolare,
 familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno*)

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "B"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

 nato/a a _____ (____) il _____

 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

A tal fine, il sottoscritto

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. che la famiglia:
 intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;
 ovvero

sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona malata di SLA sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

 nato/a a _____ (____) il _____

 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il __/__/__, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal __/__/__

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal __/__/__

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito

_____ IBAN

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
-------------	--------------	------------------------

--	--	--

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona affetta da SLA:

- a)** l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- b)** il decesso;
- c)** il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d)** le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale (Allo scopo può bastare una certificazione già a disposizione del richiedente, quale, ad esempio, il verbale di invalidità civile);
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore amministratore di sostegno.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)

COMUNE DI TITO**AMBITO SOCIO-TERRITORIALE MARMO-PLATANO-MELANDRO****SCHEMA DI AVVISO PUBBLICO****LA RESPONSABILE DELL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI**

rende noto

che, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 7 del 16 aprile 2013, art. 17, delle Deliberazione della Giunta Regionale n. 1016 del 09/08/2013, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA PERSISTENTE, PROLUNGATO O CRONICO

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

1. FINALITÀ DEL CONTRIBUTO ECONOMICO

Il contributo economico è un intervento mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza persistente, prolungato o cronico, evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona malata nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

Il contributo economico viene concesso per interventi rivolti ai familiari residenti in Basilicata che hanno all'interno del loro nucleo anagrafico un componente in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico e che prestano servizi di cura e assistenza domiciliari al paziente direttamente e/o tramite l'acquisto da terzi o da altri familiari di detti servizi.

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla L.R. n. 7 del 16 aprile 2013, art. 17 e dalla D.G.R. n. 1016 del 09/08/2013 i familiari residenti in Basilicata che hanno all'interno del loro **nucleo anagrafico** un componente in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico e che prestano servizi di cura e assistenza domiciliari al paziente direttamente e/o tramite l'acquisto da terzi o da altri familiari di detti servizi, il cui familiare in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico sia

- residente in Basilicata da almeno 6 mesi;
- in possesso della certificazione medica comprovante la diagnosi di stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico.

Per essere destinatari del contributo economico, i familiari devono essere in rapporto di **effettiva convivenza con la persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico**, ovvero garantire una presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

La persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico è comunque identificata quale beneficiario finale del contributo oggetto del presente avviso.

La certificazione medica deve essere rilasciata o, se già rilasciata da altra struttura sanitaria del territorio nazionale, validata, ai fini dell'applicazione di queste direttive, dal Centro per le gravi cerebrolesioni dell'Azienda ospedaliera "S. Carlo" di

Potenza o dall'U.O. ospedaliera di riabilitazione o dall'UVBR del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata, in quanto strutture deputate alla presa in carico sanitaria di questo tipo di pazienti.

3. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

L'entità del contributo economico è stabilita dalla L.R. n. 7 del 16 aprile 2013, art. 17 in € 500,00 mensili.

Il contributo è concesso su base mensile e non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

Il contributo non è cumulabile con i benefici economici di altri programmi di sostegno alla disabilità quali, senza pretesa di esaustività, l'“**Assegno di Cura**” di cui alla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009, il contributo per persone affette **da SLA** di cui alla D.G.R. n. 256/2013, il contributo alle persone in condizione di **disabilità gravissima** di cui alle DD.G.R. n. 1037 dell'11/10/2018 e n. 1100 del 30/10/2018, ecc.

Il contributo economico sarà erogato mensilmente, compatibilmente con le risorse disponibili, dal Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accredito su conto corrente bancario.

4. RICHIESTE DI CONTRIBUTO ECCEDENTI I FINANZIAMENTI DISPONIBILI

Nel caso in cui le richieste di contributo eccedessero la disponibilità finanziaria dell'Ambito Socio-Territoriale, avranno priorità le persone in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico con un ISEE più basso. Le richieste eccedenti saranno collocate in lista di attesa, secondo il medesimo criterio. In caso di parità di valore ISEE si darà priorità alle domande pervenute prima. Allo scopo di far fronte all'eventualità di cui al presente punto, il Comune di residenza del beneficiario potrà richiedere l'attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013) o ISEE Minorenni.

5. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare per via elettronica la domanda di contributo economico, il cui modello è presente nell'allegato “A” del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale <http://statovegetativo.regione.basilicata.it> o rivolgendosi all'Ufficio Sociale del Comune di residenza.

La domanda compilata on line dovrà essere stampata in triplice copia utilizzando la funzione stampa finale del sistema telematico.

Le tre copie firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, risultante dalla compilazione del formulario elettronico, devono essere consegnate a mano o per PEC-Posta Elettronica Certificata al Comune di residenza della persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico entro n. 30 (TRENTA) giorni dalla pubblicazione del presente avviso che continuerà a rimanere valido anche dopo tale data, compatibilmente con la disponibilità di risorse finanziarie. Farà fede il timbro a data del Comune di residenza accettante.

Per le domande consegnate a mano farà fede timbro e data di accettazione del Comune di residenza che rilascerà al richiedente, quale ricevuta, una delle tre copie della domanda. Per le domande trasmesse a mezzo PEC indicare nell'oggetto “RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO PER PERSONE IN STATO VEGETATIVO O IN STATO DI MINIMA COSCIENZA PERSISTENTE, PROLUNGATO O CRONICO” e farà fede la data di consegna.

La domanda non sarà accettata se:

- non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;

- risulterà stampata in versione bozza;
- risulterà modificata e/o integrata a mano.

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, dello stato di famiglia storico antecedente non **meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.G.R. n. 1016 del 09/08/2013**;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari;
- dichiarazione(**chi deve presentare la domanda?**) relativa al rapporto contrattuale con uno o più familiari o assistenti familiari (solo nel caso la persona non autosufficiente sia già assistita da familiari o assistenti familiari).

Le domande verranno istruite in ordine di arrivo temporale.

6. DEFINIZIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

Il Comune di residenza della persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente prolungato o cronico, ricevute le domande, ne verifica l'ammissibilità e stila l'elenco dei beneficiari del proprio Comune, indicando i dati delle priorità riportate nel precedente punto 4 del presente avviso (ISEE del richiedente), entro 15 giorni dalla scadenza dell'avviso. L'elenco dei beneficiari ammessi, con le indicazioni di ognuno di essi dell'ISEE del richiedente, viene trasmesso al Comune capofila dell'Ambito Socio Territoriale di appartenenza, il quale stila ed approva l'elenco di Ambito dei beneficiari, comprensivo dell'eventuale lista di attesa, dandone Comune ai comuni interessati.

7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Il Servizio Sociale del Comune di residenza dei singoli beneficiari, entro 10 giorni dalla comunicazione dell'ammissibilità da parte del Comune Capofila, contatta consultivamente le strutture sanitarie territorialmente competenti, di cui alla D.G.R. n. 2102 del 17/10/2005, per procedere alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato con le modalità descritte al successivo punto 8, anche sulla base di quello già eventualmente predisposto dalle dette strutture sanitarie.

Il PAI sarà redatto ed approvato entro e non oltre 40 giorni dall'approvazione dell'elenco dei beneficiari.

La mancata sottoscrizione del PAI entro i termini prescritti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo economico. L'erogazione del contributo economico sarà riattivata dal mese successivo all'avvenuta firma. La firma del PAI non dà luogo al riconoscimento di arretrati in caso di subentro a seguito di esclusione di un beneficiario.

8. PRESA IN CARICO

Dopo la comunicazione dell'esito della domanda ai Comuni interessati facenti parte dell'Ambito Socio-Territoriale di cui al precedente punto 6, il Servizio sociale comunale competente attiva il procedimento di "presa in carico" del beneficiario attraverso la definizione e l'approvazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che diviene la condizione necessaria per l'erogazione del contributo economico.

La presa in carico deve risultare attiva nel sistema informativo del Programma regionale entro il giorno 10 del mese successivo all'approvazione del PAI. Il Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale verifica lo stato della presa in carico e trascorso tale termine, se questa non risulta attivata sul sistema informativo regionale, sollecita i Comuni di residenza per avviare le procedure di "presa in carico".

Alla definizione ed alla gestione del PAI concorrono, oltre al Servizio Sociale comunale competente, anche la famiglia ed altri soggetti interessati od interessabili.

Responsabile del PAI è un Case Manager individuato nella figura dell'assistente sociale del Servizio sociale locale.

Il Case Manager cura le diverse fasi della presa in carico che riguardano la valutazione, la redazione del piano di assistenza individualizzato e la rivalutazione, svolgendo il ruolo di raccordo tra gli attori delle suddette fasi e con altri soggetti di volta in volta interessati od interessabili alle medesime.

Il Case Manager verifica, inoltre, l'eventuale sopravvenienza delle cause di esclusione o di sospensione del beneficio indicate al successivo punto 10.

Il Piano di Assistenza Individualizzato è predisposto dal Servizio Sociale comunale competente, attraverso il Case Manager e deve contenere:

- gli obiettivi generali ed obiettivi specifici, riferiti questi ultimi ai diversi attori del progetto;
- la durata prevista;
- il programma degli interventi;
- i vincoli negoziati tra le parti;
- gli impegni della famiglia del beneficiario, se esistente o del "caregiver";
- la responsabilità dei singoli operatori dei servizi della rete per l'attuazione del programma degli interventi.

Solo dopo aver redatto il PAI di cui sopra, il Servizio Sociale Comunale valorizzerà nel sistema informativo del Programma il nominativo del beneficiario.

Il Piano di Assistenza Individualizzato va aggiornato almeno ogni 4 mesi, in base alle condizioni generali del paziente e della sua famiglia e in tempo utile per valutare le possibili variazioni del percorso assistenziale.

9. GESTIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

L'elenco di Ambito dei beneficiari diventa definitivo dopo la firma del PAI.

Il diritto dei beneficiari al contributo economico decorre dal mese di presentazione della domanda. In caso di subentro il diritto del beneficiario subentrato decorre dal mese di sottoscrizione del PAI.

Le domande che perverranno dopo la scadenza fissata nell'Avviso Pubblico saranno comunque ricevute dal Comune di residenza, e gestite nelle stesse modalità di cui al punto 6 del presente avviso.

Le eventuali variazioni dell'elenco dei beneficiari da parte dei Comuni di residenza degli stessi dovranno essere registrate ed inviate tramite il sistema informativo del programma entro il giorno 10 di ogni mese al rispettivo Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale in tempo utile perché quest'ultimo possa predisporre i pagamenti. Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

L'eventuale documentazione cartacea relativa alle variazioni intervenute dovrà essere inviata, immediatamente dopo tale registrazione nel sistema, al Comune Capofila.

10. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE

Il ricovero in struttura residenziale o sanitaria di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione del contributo economico per la durata del ricovero fino a complessivi quattro mesi.

Il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo o di durata superiore a quattro mesi in struttura residenziale o sanitaria, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.

Sono applicabili a questo intervento economico anche le cause di esclusione o di sospensione previste per l'indennità di accompagnamento.

Il beneficiario o chi per lui si impegna a comunicare in autocertificazione secondo le normative vigenti qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro 15 giorni al Comune di residenza.

11. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 - REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI E DEL CODICE DELLA PRIVACY ITALIANO, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 101/2018)

I dati raccolti, nell'ambito del procedimento di cui al presente avviso, saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Picerno (in qualità di Ente capofila) e dal Comune di residenza del beneficiario, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto Leg.vo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR).

TITO, 31.03.2021

LA RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Dott.ssa Gaetana BUONANSEGNA

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA PERSISTENTE, PROLUNGATO O CRONICO

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____ _____ _____	prot. n° _____ del _____
---	---------------------------------

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ (____)

il _____

residente a _____

CAP _____

indirizzo _____, n° _____,

telefono _____

in qualità di familiare/tutore

del Sig./Sig.ra _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ (____)

il _____

residente a _____

CAP _____

indirizzo _____, n° _____,

telefono _____

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico

A tal fine, il sottoscritto

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

a. che la persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b1. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico presso il suo domicilio;

OPPURE

b2. che la famiglia:

intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;

ovvero

sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso pubblico;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____

codice fiscale

nato/a a _____ (____)

il

residente a _____

CAP _____

indirizzo _____, n° _____,

telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il __/__/__, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal __/__/__

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal __/__/__

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito

_____ IBAN

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>		

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico rilasciata o, se già rilasciata da altra struttura sanitaria del territorio nazionale, validata dal Centro per le gravi cerebrolesioni dell'Azienda ospedaliera "S. Carlo" di Potenza o dall'U.O. ospedaliera di riabilitazione o dall'UVBR del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata;
 - copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti);
 - autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
 - autocertificazione che attesti
 - l'assistenza diretta al proprio familiare;
- oppure
- l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari;
 - dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari (se esistente);
 - documento di identità valido del dichiarante;
 - copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)