COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

VI ZONA – PROVINCIA DI RIETI –

GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI – DISTRETTO RIETI 5

VIA ROMA 103 – 02019 POSTA (RI) – www.velino.it info@velino.it Tel 0746/951402 Fax 0746/951403 P.I.: 80018100570

AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

REQUISITI DI ACCESSO

L'avviso pubblico si rivolge alle persone residenti nel territorio del Distretto Sociale Rieti 5 che versano in condizioni di non autosufficienza e disabilità gravissima con particolare riferimento a:
a) l'area della senescenza, che comprende come fascia di bisogno le persone anziane, con temporanea, parziale o totale limitazione della propria autosufficienza,;
b) l'area della disabilità, che comprende come fascia di bisogno gli adulti colpiti da disabilità di natura fisica, psichica o sensoriale e/o affetti da malattie croniche in presenza di condizioni di non autosufficienza;
c) area dell'età evolutiva e giovanile, che comprende come fascia di bisogno i minori disabili parzialmente o totalmente non autosufficienti, nonchè i minori in condizioni di temporanea non autosufficienza derivante da particolari situazioni patologiche.

INTERVENTI ATTIVABILI E FINANZIABILI

- Programmi di aiuto alla persona gestiti direttamente dall'utente o dai familiari.
- Assistenza domiciliare gestita dai Servizi Sociali distrettuali.
- Contributo di cura al Caregiver: contributo di cura al familiare denominato Caregiver, in quanto volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente. (Il contributo di cura è concesso solo a chi versa in condizione di disabilità gravissima certificata)

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Per avere accesso al finanziamento i richiedenti dovranno compilare il modulo di domanda reperibile presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza o degli altri comuni del territorio del Distretto Sociale Rieti 5, allegando:

- Certificazione ISEE determinata nel 2018 ai sensi della normativa vigente
- Certificazione di handicap grave, art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992.
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento.
- Eventuale e accessoria certificazione della condizione di Disabilità gravissima in presenza dei requisiti.

Il modello di domanda dovrà essere compilato in ogni sua parte, sottoscritto dal richiedente e consegnato a mano e protocollato, completo della documentazione, presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza o degli altri comuni del territorio del Distretto Sociale Rieti 5 **ENTRO LA DATA DEL 2 LUGLIO 2018.**

Ai Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino

Via Roma 103 - Posta

Richiesta per l'attuazione di interventi in favore di persone in condizione di non autosufficienza e in condizione di disabilità gravissima

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... in .....

Recapito telefonico .....

In qualità di (Genitore, coniuge, figlio, ...) .....

Di.....

Nato a ..... il .....

E residente a ..... Via/P.zza .....

CHIEDE

che la presente domanda afferisca all'avviso pubblico per interventi in favore di persone in condizione di non autosufficienza e in condizione di disabilità gravissima gestito dai Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino.

A tal fine allega la seguente **DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA**:

- Modulo contenente la definizione del Piano personalizzato
- Dichiarazione sostitutiva delle condizioni economiche del nucleo familiare per la richiesta di prestazioni sociali agevolate (modello ISEE).
- Modulo per il consenso al trattamento dei dati personali
- Certificazione di handicap grave, art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento.

Allega inoltre la documentazione facoltativa ma utile all'attivazione degli interventi per la disabilità gravissima:

- Modulo per l'individuazione e attestazione delle condizioni di disabilità gravissima (ai sensi all'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017).
- Certificazione da parte di un **Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale**, in cui si attesti la sussistenza di almeno una delle condizioni di disabilità gravissima (ai sensi all'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017).

In fede

Consegnato in data.....

Presso .....

Firma per l'Ufficio ricevente .....

PIANO PERSONALIZZATO DI AIUTO ALLA PERSONA NON AUTOSUFFFICIENTE

1. DATI PERSONALI

Nome e Cognome	
Nato a	
Il	
Residente a	
Via/P.zza	
Tel	

2. SITUAZIONE PERSONALE (**INDICARE DIAGNOSI E SINTETICA DESCRIZIONE DELLE PROBLEMATICHE E DEI BISOGNI DELL'UTENTE**)

Riconoscimento situazione gravità art. 3, cc° 1 e 3 della L. 104/92 da parte della commissione ex art. 4 della L. 104/92 dalla A.S.L. di.....in data.....

3. SITUAZIONE FAMILIARE (**INDICARE NOMINATIVO, ETÀ E OCCUPAZIONE DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE, NONCHÉ EVENTUALE DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE SOCIO-FAMILARE**)

4. DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO RICHIESTO **(INDICARE SINTETICAMENTE, IN RELAZIONE AI BISOGNI DELL'UTENTE, LA TIPOLOGIA, LE MODALITÀ E I TEMPI DI ESPLETAMENTO DELL'INTERVENTO)**

5. IMPEGNO A FORNIRE VERIFICHE E RENDICONTAZIONI

La famiglia dell'utente si impegna a presentare quando richieste: relazioni e comunicazioni circa l'andamento e l'efficacia degli interventi, rendicontazione delle prestazioni effettuate e delle spese sostenute.

Luogo e data.....

Firma.....

INDIVIDUAZIONE E ATTESTAZIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA

(Facoltativo, da riempire solo se si possiedono i requisiti e la certificazione)

Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

1. persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<=10;
2. persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
3. persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;
4. persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralita devono essere valutate con lesione di grado A o B;
5. persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
6. persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
7. persone con gravissima disabilita comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
8. persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;
9. ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Il richiedente (nome e cognome):

.....

dichiara che (nome e cognome del'utente in condizioni di non autosufficienza):

.....

è in condizione di disabilità gravissima in quanto persona: (riportare la descrizione di uno dei punti da 1 a 8 sovraelencati)

.....

.....

.....

.....

che la condizione di disabilità gravissima è stata certificata da un Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale,

(appartenente ad Azienda sanitaria pubblica) in data:.....

Il richiedente allega alla presente copia della suddetta certificazione.

Firma del richiedente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003

Il sottoscritto .....

conferisce ai Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Data..... Firma.....