

UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI

63087 COMUNANZA (AP)

AMANDOLA - COMUNANZA - FORCE - MONTECINQUE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEPOLIZINO
MONTEPARO - MONTEMONACO - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATTEIANO - SAIBILLINI

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIV

COMUNE DI AMANDOLA
Provincia di Fermo
Arrivo
Prot. N. **0001497** del **02-02-2018**
Nome **UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI**
Cat. 2 Classe 1 Fasc. 1

ALB
Sg.
Val

UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI
ADD:Registro

Prot n.

0000342 - 01/02/2018
- CM C935 - CM C935 - P

Comunanza li

- 1 FEB 2018

Inviata a mezzo PEC

Ai Comuni
dell' ATS XXIV
- Loro Sedi

OGGETTO: Avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura per anziani non autosufficienti (Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 20/04/2015) - Annualità 2018.

Con la presente si invia, in allegato, copia dell' avviso pubblico di cui in oggetto, corredato dei relativi modelli di domanda, con preghiera di affissione all' albo pretorio dal 01/02/2018 al 28/02/2018 e restando in attesa di relata di avvenuta pubblicazione.

Si invita, inoltre, a dare la massima diffusione all' iniziativa, fornendo anche copia dell' anzidetto avviso a eventuali richiedenti.

Ringraziando anticipatamente per la collaborazione, si porgono cordiali saluti.



IL SEGRETARIO GENERALE e
COORDINATORE DELL' ATS XXIV
Dott.ssa Giuseppina Concetti

**UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI-COMUNANZA
AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIV**

Comuni di

AMANDOLA-COMUNANZA-FORCE- MONTEDINOVE-MONTEFALCONE APPENNINO-
MONTEFORTINO-MONTEPARO-MONTEMONACO-ROTELLA-SANTA VITTORIA IN
MATENANO-SMERILLO

AVVISO PUBBLICO

IL SEGRETARIO GENERALE DELL' UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI

RENDE NOTO

**che è possibile presentare domanda di accesso per max N. 30 ASSEGNI DI
CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

(Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 20/04/2015 – L.R. 32/2014 art. 20, c.5)

Sono **destinatari dell'assegno di cura le persone anziane non autosufficienti** che, nel territorio dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n.XXIV (di seguito ATS XXIV), permangono nel proprio contesto di vita e di relazioni attraverso interventi di supporto assistenziale gestiti direttamente dalle loro famiglie o con l'aiuto di assistenti familiari private in possesso di regolare contratto di lavoro.

REQUISITI / MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

1. La persona anziana assistita deve:
 - a) aver compiuto 65 anni di età alla data di scadenza del presente avviso;
 - b) essere dichiarata entro la data di scadenza del presente avviso non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100% e usufruire di indennità di accompagnamento; non sono ammesse a contributo le persone che hanno in corso di valutazione la domanda di riconoscimento dell' indennità di accompagnamento;
 - c) essere residente, nei termini di legge, in uno dei Comuni dell'ATS XXIV (Amandola, Comunanza, Force, Montedinove, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montemonaco, Rotella, Santa Vittoria in Matenano, Smerillo), nonché usufruire di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, attraverso propri familiari o con l'aiuto di assistenti familiari private in possesso di regolare contratto di lavoro, da allegare alla domanda di accesso al beneficio.
2. Per accedere all'assegno di cura, **pari ad € 200,00 mensili**, è necessario presentare una attestazione I.S.E.E. SOCIO-SANITARIO, del nucleo familiare a cui la persona anziana appartiene, in corso di validità rilasciata ai sensi della normativa vigente completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica(D.S.U.).
3. Possono presentare domanda:
 - a) l'**anziano** stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
 - b) i **familiari** che accolgono l'anziano nel proprio nucleo o che di fatto, anche se non conviventi, si occupano della tutela della persona anziana;
 - c) il **soggetto incaricato della tutela** dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente .

LE DOMANDE di assegno di cura, redatte utilizzando l'allegato modello, dovranno essere presentate, a pena di esclusione

ENTRO IL GIORNO 28 FEBBRAIO 2018 DIRETTAMENTE ALL'UFFICIO PROTOCOLLO DELL'UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI – P.zza IV Novembre, 2 - 63087 COMUNANZA (AP) O INVIATE A MEZZO RACCOMANDATA (in tal caso, per la verifica del rispetto dei termini, farà fede il timbro di accettazione dell'Ufficio Postale).

L'Unione Montana dei Sibillini non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione delle domande dovuta ad inesatta indicazione del destinatario del plico, a disguidi postali o imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

La domanda deve essere corredata dalla seguente documentazione:

1. attestazione I.S.E.E. SOCIO-SANITARIO, del nucleo familiare a cui la persona anziana appartiene, in corso di validità, rilasciata ai sensi della normativa vigente, completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.);
2. copia di un valido documento di identità del richiedente;
3. copia del verbale di riconoscimento di invalidità civile al 100%;
4. copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
5. eventuale copia del contratto di lavoro per almeno 25 ore stipulato con l'assistente familiare privata, oltre alla documentazione attestante l'avvenuta iscrizione della stessa nell' **Elenco Regionale degli Assistenti Familiari gestito dal CIOF** (Centro per l' Impiego, l' Orientamento e la Formazione); iscrizione obbligatoria nel caso di anziano beneficiario dell' assegno di cura nell' anno 2017 assistito dalla medesima Assistente Familiare.

Sono esonerati dalla presentazione della domanda coloro che hanno percepito l'assegno di cura nell' anno precedente, per i quali sarà sufficiente presentare una comunicazione (su apposito fac-simile allegato) nella quale dovranno esprimere la propria volontà di continuare ad usufruire del contributo, allegando l'attestazione I.S.E.E SOCIO-SANITARIO del nucleo familiare a cui la persona anziana appartiene, in corso di validità, rilasciata ai sensi della normativa vigente, completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) e copia del verbale di riconoscimento dell' indennità di accompagnamento.

N.B. l'attestazione I.S.E.E., allegata alla domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

PERCORSO PER ACCEDERE ALL'ASSEGNO DI CURA

Il Coordinatore dell'ATS XXIV, in collaborazione con i competenti servizi sociali e socio sanitari, attiva un iter procedurale per definire gli aventi diritto all'assegno di cura. In particolare verrà predisposta la graduatoria in base ai valori ISEE.

A parità di reddito ISEE, si dà precedenza al più anziano di età.

In caso di presenza di più soggetti non autosufficienti nello stesso nucleo familiare viene concesso un massimo di 2 assegni utilizzando come titolo di precedenza la maggiore età e, a parità di età, la valutazione dell' assistente sociale dell' ATS in merito alla gravità delle condizioni di salute e al conseguente maggiore bisogno di assistenza; la presente disposizione vale anche nel caso della coabitazione in domicilio privato di più soggetti aventi diritto, ancorché non appartenenti al medesimo nucleo familiare.

La graduatoria non dà immediato diritto al contributo che sarà subordinato alla presa in carico della situazione da parte dell' Assistente Sociale dell' Ambito e alla

successiva verifica circa la possibilità di accesso all' assegno (visita domiciliare, rilevazione dei bisogni, situazione familiare, abitativa, sanitaria, ecc.) ed infine alla stesura di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) e di un "PATTO" per l' Assistenza Domiciliare.

Nel Patto per l' Assistenza Domiciliare vengono individuati:

1. i percorsi assistenziali a carico della famiglia;
2. gli impegni a carico dei servizi;
3. la qualità di vita da garantire alla persona assistita;
4. le conseguenti modalità di utilizzo dell'assegno di cura;
5. la tempistica di concessione dello stesso.

Il Patto per l' Assistenza Domiciliare dovrà inoltre riportare l' impegno formale, da parte dell' Assistente Familiare del soggetto beneficiario dell' Assegno di Cura, incaricata per la prima volta dell' assistenza dell' anziano stesso, ad iscriversi all' Elenco Regionale degli Assistenti Familiari, entro 12 mesi dalla concessione del beneficio.

La graduatoria avrà la durata di un anno, a decorrere dal 01/01/2018.

L'assegno di cura sarà erogato trimestralmente.

L'assegno di cura viene interrotto dopo la stipula del patto, o non concesso prima della stipula del patto e, quindi, nel corso dell'iter istruttorio, se si verificano i seguenti casi:

1. in caso di inserimento permanente, o anche temporaneo continuativo superiore a 45 giorni, in struttura residenziale;
2. nel caso in cui il beneficiario acceda al SAD per non autosufficienti o ai benefici del Progetto "Home Care Premium" effettuato dall' INPS. I beneficiari del SAD o del Progetto "Home Care Premium" possono presentare richiesta di accesso al contributo dell' assegno di cura, ferma restando la non cumulabilità degli interventi. Il diritto all' assegno pertanto decorrerà dal momento di interruzione del SAD per non autosufficienti o del beneficio "Home Care Premium";
3. col venir meno delle condizioni previste all'atto della sottoscrizione degli impegni assunti con i destinatari dei contributi nell' ambito del PAI;
4. col venir meno delle condizioni di accesso e in genere delle finalità previste dall'intervento;
5. in caso di decesso.

In tali casi si procederà nello scorrimento della graduatoria, ammettendo al beneficio l'utente che segue, il quale beneficerà dell' assegno medesimo solo per il restante periodo di validità della graduatoria stessa.

L' assegno di cura viene sospeso in caso di ricovero temporaneo del beneficiario presso strutture ospedaliere o residenziali per un periodo superiore a 30 giorni e fino ad un massimo di 45 giorni, qualora il supporto assistenziale di cui al Patto per l' assistenza venga meno durante il periodo di ricovero.

La misura dell' Assegno di Cura è alternativa all' intervento a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima per le quali si siano verificate le condizioni di cui all' art. 3, c. 2, del D.M. 26/09/2016.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Ai sensi della L. 241/1990 e s. m. i. il Responsabile del procedimento è il Segretario Generale dell' Unione Montana dei Sibillini, ente capofila dell'ATS XXIV, Dott.ssa Giuseppina Concetti.

TUTELA PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 i dati personali, acquisiti a seguito del presente avviso, saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla concessione del beneficio.

PER OTTENERE EVENTUALI INFORMAZIONI rivolgersi a:

Unione Montana dei Sibillini - Ambito Territoriale Sociale XXIV - Piazza IV Novembre n. 2 Comunanza - Tel. 0736/844379-844526, e-mail ats24@unionemontanasibillini.it, www.unionemontanasibillini.it.

I modelli di domanda, insieme al presente bando, sono reperibili presso la sede dell' Ambito Territoriale Sociale XXIV, nonché c/o gli Uffici Relazioni con il Pubblico dei Comuni dell'ATS XXIV (Amandola, Comunanza, Force, Montedinove, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montemonaco, Rotella, Santa Vittoria in Matenano, Smerillo).

Per quanto non specificato nel presente avviso si rinvia alla Delibera della Giunta della Regione Marche n. 328 del 20/04/2015 e alla L.R. n. 32/2014.

Comunanza, li 01/02/2018



IL SEGRETARIO GENERALE
Dott. ssa Giuseppina Concetti

MODELLO DI DOMANDA

AL PRESIDENTE DELL' UNIONE
MONTANA DEI SIBILLINI
PIAZZA IV NOVEMBRE N.2
63087 COMUNANZA

DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

(Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 20/04/2015)

Il/La sottoscritto/a.....

Codice Fiscale

nato/a il.....a.....(Prov.....)

residente a.....(Prov.....)Via.....n.....

Tel.....

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*

persona anziana in situazione di non autosufficienza

oppure

familiare convivente o non con l'anziano

soggetto incaricato della tutela

per il/la Sig/Sig.rapersona anziana in
situazione di non autosufficienza

nato/a il a(Prov.....)

residente a(Prov.....)Vian.....

Tel.....Codice Fiscale.....

(indicare solo se diverso dalla residenza)

Domiciliato/a a.....(Prov.....)in Via.....n.....

Tel.....

CHIEDE

L'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 D.P.R. 445/2000), ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000;

DICHIARA CHE IL SOTTOSCRITTO / LA PERSONA ANZIANA IN SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

1. ha compiuto il 65° anno di età alla data di scadenza del bando;

2. è residente in uno dei comuni dell'ATS XXIV;
3. è stato/a dichiarato/a non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100%;
4. usufruisce dell'indennità di accompagnamento;
5. che la situazione economica, calcolata sull'I.S.E.E. SOCIO-SANITARIA, in corso di validità, è di €.....
.....;
6. usufruisce di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato, gestita:
 - direttamente da un familiare (indicare la persona di riferimento: nome, cognome , indirizzo e recapito telefonico.....
.....);
 - con l'aiuto di assistente familiare privata in possesso di regolare contratto di lavoro;
(*barrare la voce che interessa*)
7. che il medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il Dottor.....;

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati fornita con l'avviso pubblico, di essere a conoscenza dei diritti dell'interessato previsti dalla vigente normativa e di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche sensibili;
- di essere consapevole che l'attestazione I.S.E.E. allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

Allega alla presente:

- attestazione I.S.E.E. SOCIO-SANITARIA, completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità;
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- copia del verbale di invalidità civile al 100%;
- copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- copia del contratto individuale di lavoro dell'assistente familiare privata (da allegare, qualora l'assistenza sia gestita con l'aiuto di un'assistente familiare privata); oltre alla documentazione attestante l' avvenuta iscrizione della stessa nell' Elenco Regionale degli Assistenti Familiari gestito dal CIOF, nel caso di anziano beneficiario dell' Assegno di Cura nell' anno 2017 assistito dalla medesima Assistente Familiare.

Luogo e data,

IL RICHIEDENTE

FAC-SIMILE DI COMUNICAZIONE RISERVATA AI GIA' BENEFICIARI DELL'ASSEGNO DI CURA

AL PRESIDENTE DELL' UNIONE
MONTANA DEI SIBILLINI
PIAZZA IV NOVEMBRE N.2
63087 COMUNANZA

OGGETTO: Assegno di cura per anziani non autosufficienti – COMUNICAZIONE.

Il/La sottoscritto/a.....

Codice Fiscale

nato/a il.....a.....(Prov.....)

residente a(Prov.....)Via.....n.....

Tel.....

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*

persona anziana in situazione di non autosufficienza già beneficiaria dell'assegno di cura nell' anno 2017.

oppure

familiare convivente o non con l'anziano

soggetto incaricato della tutela

per il/la Sig/Sig.ra persona anziana in
situazione di non autosufficienza, già beneficiaria dell'assegno di cura nell' anno 2017

nato/a il a(Prov.....)

residente a(Prov.....)Vian.....

Tel.....Codice Fiscale.....

(indicare solo se diverso dalla residenza)

Domiciliato/a a.....(Prov.....) in Via.....n.....

Tel.....

COMUNICA

la volontà di continuare ad usufruire del beneficio in oggetto e trasmette in allegato l'attestazione I.S.E.E SOCIO-SANITARIA., in corso di validità, completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) e copia del verbale di riconoscimento dell' indennità di accompagnamento.

Distinti saluti

Luogo e data _____

Firma
