



# 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](http://www.velino.it) [info@velino.it](mailto:info@velino.it) Tel 0746/951402 Fax 0746/951403 P.I.: 80018100570

Posta li 16/05/2018

Prot. *4458*

Ai Sindaci dei Comuni della VI Comunità Montana  
Ai Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni della VI Comunità Montana  
Agli Assistenti Sociali dei Comuni della VI Comunità Montana  
All'Ufficio Servizi Sociali dei Comuni della VI Comunità Montana

Oggetto: Pubblicazione avviso pubblico "ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA "(anno 2018)"

Con l'invito di massima diffusione si inviano alle S.S.V.V. i seguenti documenti:

- Avviso pubblico per l'Attuazione degli interventi in favore di persone in condizione di non autosufficienza e in condizione di disabilita' gravissima
- Modulo richiesta utente

Per eventuali informazioni è possibile contattare il referente dell'Ufficio di Piano Alberto Campanelli chiamando il 3281692466.



Responsabile dei Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino

COMUNE DI CASTEL S. ANGELO  
Provincia di Rieti  
CRON. *360*  
PUBBLICATO DAL *16.06.2018*  
AL *16.06.2018* PER GIORNI *30*  
CONSECUTIVI, E SUEBITO WEB DEL COMUNE





# 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](http://www.velino.it) [info@velino.it](mailto: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:

- l'area della senescenza, che comprende come fascia di bisogno le persone anziane, con temporanea, parziale o totale limitazione della propria autosufficienza,;
- 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;
- area dell'età evolutiva e giovanile, che comprende come fascia di bisogno i minori disabili parzialmente o totalmente non autosufficienti, nonché 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.**

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 .....



**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)  $\leq 10$ ;
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)  $\geq 4$ ;
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 lateralità 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  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , 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 disabilità 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  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;
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 dell'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.....