



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



AVVISO PUBBLICO

Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime . Erogazione contributo da destinare alla persona con disabilità gravissima che necessita di assistenza continuativa nelle 24 ore per servizi assistenziali e per l'attività di caregiver dei familiari

PREMESSA

Vista la Legge n. 328/2000- legge quadro per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e Servizi Sociali, per come richiamata dalla Legge Regionale n. 23/2003;

Vista la delibera di Giunta regionale n. 364 del 27 settembre 2016 con la quale sono stati approvati i criteri generali relativi al Fondo della Non Autosufficienza dell'annualità 2014, nella quale, per la parte che riguarda le "disabilità gravissime" ha destinato il 40% del Fondo alle Aziende Sanitarie per l'attuazione dei servizi secondo gli indirizzi contenuti nel Decreto interministeriale del 7 maggio 2014;

Visto il D.M. del 26 settembre 2016 contenente le schede di valutazione delle Disabilità gravissime

Vista la circolare n. 311020 del 17.10.2016 della Regione Calabria Dipartimento n.7- Settore Politiche Sociali con la quale è stato comunicato l'importo del Fondo assegnato a ciascuna Azienda (ASP Cosenza € 1.714.878,63) e le direttive in merito alla tipologia degli interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissime e di dipendenza vitale e alla tipologia di utenti destinatari degli interventi;

Vista la circolare n. 362997 del 02.12.2016 della Regione Calabria Dipartimento n.7- Settore Politiche Sociali con la quale sono state date le direttive circa le modalità operative dell'intervento ed è stato quantificato il contributo mensile in € 600,00 da destinare alla persona con disabilità gravissima per servizi assistenziali e per l'attività di caregiver dei familiari.

Tanto premesso

L'ASP di COSENZA, emana il presente avviso finalizzato all'erogazione di un contributo alla persona con disabilità gravissima e dipendenza vitale che necessita di assistenza continua nelle 24 ore per servizi assistenziali e per l'attività di caregiver dei familiari

Art 1

oggetto

L'ASP di COSENZA, erogherà il contributo pari a € 600,00 mensili alle persone affette da disabilità gravissime e dipendenza vitale che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore.

Tale trasferimento monetario è condizionato all'acquisto di servizi di cura e assistenza da parte della famiglia, ovvero alla fornitura diretta dei servizi assistenziali da parte dei familiari (caregiver)

Art.2

Soggetti destinatari e requisiti

Gli Utenti destinatari del contributo saranno tutti i soggetti in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantire l'integrità psico-fisica, meglio specificati all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016.

I soggetti destinatari del contributo saranno sottoposti alla valutazione da parte dell'UVM del distretto di competenza sulla base delle schede di valutazione allegate al D.M. 26 settembre 2016.

Art.3

Presentazione delle istanze

Le domande per poter accedere al contributo dovranno essere presentate e protocollate presso i distretti di competenza utilizzando il modello allegato al presente avviso.

Alla domanda dovranno essere allegati:

1. Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità;
2. Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento;
3. Certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/1992,
4. Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di € 60.000,00
5. Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
6. Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario de contributo;
7. Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario

Art 4

Revoca

Il contributo può essere revocato nei seguenti casi:

1. Decesso o ricovero in struttura dell'assistito
2. Qualora vengono meno i requisiti di ammissione

Art. 5

Privacy

Tutti i dati personali di cui questa ASP verrà in possesso verranno trattati nel rispetto della D.lgs n. 196/2003- Codice in materia di protezione dei dati personali", e s.m.i., esclusivamente per finalità attinenti alla procedura in essere.

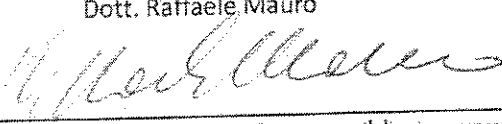
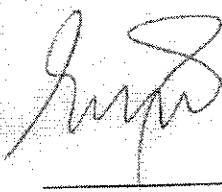
Art. 6

Pubblicazione avviso

Il presente avviso verrà pubblicato sul sito aziendale dell'ASP e verrà trasmesso a tutti i distretti per l'affissione presso le sedi degli stessi.

Il Direttore Generale

Dott. Raffaele Mauro



Al Distretto Sanitario di _____ dell'Azienda Sanitaria Provinciale _____

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime
(Delibera Regione Calabria n. 364/2016. Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie finalizzati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi servizi domiciliari da parte dei familiari -caragiver e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza).

Destinatari: persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

Dati del soggetto dichiarante

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo		Telefono	

*Scegliere tra le seguenti opzioni: a) interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale c) legale rappresentante

Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	

CHIEDE

L'accesso alla valutazione per l'attivazione della misura economica stanziata con il suddetto atto a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso dei requisiti richiesti.

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;

- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.

- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al suddetto Distretto Sanitario in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio oppure in caso di decesso del beneficiario;

- di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni, e che l'accettazione dell'assegno di cura è pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale.

ALLEGA

- ☐ Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità
- ☐ Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento (se ancora non in possesso, allegare copia della richiesta all'Inps);
- ☐ Certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992 (se ancora non in possesso allegare copia della richiesta all'Inps);
- ☐ Attestazione (SEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di 60.000,00 euro ;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- ☐ Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario
- ☐ Altro (specificare) _____

CHIEDE che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Tel. _____

Fax _____

E-mail _____

Qualora l'istanza venga accettata dalla commissione esaminatrice si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

tramite accredito sul Conto Corrente ☐ Bancario ☐ Postale (Codice IBAN 27 caratteri)

☐ c/o Banca/Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

INFORMATIVA PRIVACY : *Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 34 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con la finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al Titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.*

DICHIARAZIONE DI CONSENSO *Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della Regione Calabria, ai sensi della DGR n. 364/2015.*

Luogo e data _____ Firma del richiedente _____

A CURA DELL'ASP - CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE ATTRIBUITO: 600 EURO

Firma del Responsabile/Referente _____

Firma dell'utente per accettazione _____

Luogo e Data _____