



COMUNI DEL DISTRETTO NORD

AGNANA CALABRA – BIVONGI – CAMINI – CANOLO – CAULONIA – GIOIOSA JONICA – GROTTERIA – MAMMOLA – MARINA DI GIOIOSA JONICA – MARTONE – MONASTERACE – PAZZANO – PLACANICA – RIACE – ROCCELLA JONICA – S. GIOVANNI DI GERACE – SIDERNO – STIGNANO - STILO.

COMUNE CAPOFILA : CAULONIA

AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE VOUCHER DI NON AUTOSUFFICIENZA PER LA REALIZZAZIONE DI PIANI ASSISTENZIALI INDIVIDUALIZZATI (PAI) IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA (Fondo per la Non Autosufficienza DGR 311 e 506/2013)

In attuazione del Piano degli Interventi socio-assistenziali in favore delle persone non autosufficienti;

In esecuzione di quanto stabilito dall'Assemblea dei Sindaci dei Comuni del Distretto Nord in data 04.05.2016;

Visto l'art. 4 , comma A) del Regolamento per l'erogazione di contributi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima per la realizzazione di piani assistenziali individualizzati (PAI);

SI RENDE NOTO

Che il Distretto Nord attiva misure di assistenza indiretta, attraverso la concessione di contributi economici (Voucher di cura) a favore delle famiglie che assistono e curano nel proprio domicilio persone in condizione di non autosufficienza certificata, in alternativa a ricoveri presso strutture residenziali

L'intervento consiste nell'erogazione di un **Voucher di cura**, condizionato alla predisposizione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) redatto dalle Assistenti Sociali in servizio presso il Punto Unico di Accesso dell'Ufficio Distrettuale.

La concessione del **Voucher** esclude la possibilità, fino all'erogazione completa del contributo, di accedere ad altri servizi erogati dal Distretto.

Sono esclusi dalla presentazione della domanda gli utenti che alla data di scadenza del presente avviso siano beneficiari del servizio di assistenza domiciliare e/o siano beneficiari del Progetto Home Care Premium 2014.

Caratteristiche degli interventi

I Piani di Assistenza Individuali possono prevedere:

- cure assistenziali presso il proprio domicilio a carico della famiglia o acquistati dai soggetti accreditati ed iscritti all'Albo Distrettuale;
- cure e interventi riabilitativi presso strutture specializzate o domiciliari, non forniti dal Servizio Sanitario Nazionale, o acquistati dai soggetti accreditati ed iscritti all'Albo Distrettuale
- trasporto sociale per consentire l'accesso alle strutture riabilitative e altro;
- acquisto di ausili non forniti dal Servizio Sanitario Nazionale;

Destinatari degli interventi

Possono usufruire degli interventi esclusivamente i soggetti portatori di handicap con disabilità gravissima in dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continua, 24 ore, con gravi patologie cronico degenerative non reversibili (ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multipatologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, etc, in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Situazione di disabilità gravissima ovvero persona in situazione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continua certificata da struttura sanitaria pubblica e/o medico di famiglia;
- b) Residenza nel territorio di competenza del distretto Socio-Sanitario Nord Comune capofila Caulonia;
- c) Età non superiore ai 65 anni;

I soggetti beneficiari delle presenti azioni non potranno usufruire del servizio di assistenza domiciliare e di nessun'altra prestazione erogata dal Distretto, saranno inoltre esclusi gli utenti beneficiari del Progetto Home Care Premium 2014.

Tempi e Modalità per la richiesta

L'istanza, su apposito modello, da reperire presso l'ufficio di piano del Distretto Nord o presso i Comuni di residenza, completa della necessaria documentazione, dovrà essere presentata, **entro il 24 GIUGNO 2016**, presso il Comune di residenza e/o presso il Punto Unico di Accesso del Distretto Nord di Caulonia Marina.

All'istanza dovranno essere allegati i seguenti documenti, in originale o in copia:

1. Certificazione di invalidità rilasciata dalla ASL competente attestante lo status di Portatore di Handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 legge 5 febbraio del 1992 n.104);
2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'assistito (se minorenni copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'esercente la patria potestà);
3. Certificazione medica attestante la disabilità gravissima, con condizione di dipendenza vitale da macchine e/o persone con necessità di assistenza continua, certificata da struttura sanitaria pubblica o medico di famiglia;
4. Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità dell'assistito, qualora si tratti di persona straniera;
5. Copia del provvedimento di nomina del tutore;
6. Attestazione ISEE del nucleo familiare relativo alle prestazioni socio-sanitarie.

Entità ed erogazione dei benefici

I **Voucher** di cura previsti verranno erogati nella misura massima di €. 3.000,00, fino ad esaurimento delle risorse stanziare nel Piano, pari al 30% del Fondo Non Autosufficienza ai sensi della Delibera Giunta Regionale n. 311 e 506/2013.

L'erogazione avverrà dopo la formulazione delle relative graduatorie, redatte secondo i criteri stabiliti dal Regolamento approvato, e comunque secondo le condizioni economiche, di disabilità, socio ambientali e familiari dei richiedenti.

Tutela della Privacy

Il trattamento dei dati personali raccolti in relazione alla realizzazione del presente intervento avverrà nel rispetto di quanto disposto nel D.Lgs. n. 196/2000.

Per quanto non previsto nel presente avviso si rimanda al Regolamento per l'erogazione di contributi a favore di persone in condizione di disabilità grave e gravissima per la realizzazione Piano Assistenziale Individuale.

Per il ritiro del modello e per ulteriori informazioni rivolgersi ai Servizi Sociali del Comune di residenza o presso il PUA di Caulonia al n. 0964.82036 – www.comune.caulonia.rc.it - www.distrettonord.caulonia.rc.it

Caulonia li 19.05.2016

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano

Comune Caulonia Capofila

(dott.ssa Agnese Cavallo)

DOMANDA DI ACCESSO PER L'EROGAZIONE DEL VOUCHER DI CURA

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____)
il _____, e residente in _____ via _____ n. _____
C.F. _____ tel./cell. _____,
(eventualmente)
in qualità di _____ di _____,
nato/a a _____ (____) il _____ e residente in _____
Via _____ n. _____, C.F. _____, tel _____

CHIEDE

di accedere agli interventi di assistenza indiretta previsti dall'Avviso Pubblico emanato ai sensi dell'art. 4, comma A, del Regolamento, del Distretto Nord, per la concessione di voucher economici a favore di famiglie che curano nel proprio domicilio persone in condizione di disabilità gravissima certificata, in alternativa a ricoveri presso strutture residenziali.

DICHIARA che la persona da assistere:

- è in situazione di handicap (art. 3 comma 3 legge 5 febbraio del 1992 n.104 – Legge 3 agosto 2009 n.102 art. 20)
- è residente nel territorio di competenza del distretto Socio-Sanitario Nord Comune capofila Caulonia;
- non supera i 65 anni;
- è in condizione di disabilità gravissima in dipendenza vitale, che necessita a domicilio di assistenza continua, 24 ore, con gravi patologie cronico degenerative non reversibili (ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multipatologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi .
- accetta tutte le condizioni stabilite nel regolamento e nell'avviso pubblico.

E' in una delle seguente condizioni di disabilità:

- ☐ Allettato in dipendenza vitale da ausili medici;
- ☐ Allettato
- ☐ Carrozzato
- ☐ Pluriminorato

Allega alla presente domanda:

1. Certificazione di invalidità rilasciata dalla ASL competente attestante lo status di Portatore di Handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 legge 5 febbraio del 1992 n.104 – Legge 3 agosto 2009 n.102 art. 20);

2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità (se minorenni copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'esercente la patria potestà);
3. Certificazione medica attestante la disabilità gravissima, con condizione di dipendenza vitale da macchine e/o persone con necessità di assistenza continua con gravi patologie cronico degenerative, certificata da struttura sanitaria pubblica o medico di famiglia;
4. Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità (qualora si tratti di persona straniera);
5. Copia del provvedimento di nomina del tutore;
6. Attestazione ISEE valido del nucleo familiare relativo alle prestazioni socio-sanitarie.

Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Firma del beneficiario o del familiare

Luogo e data _____

SI IMPEGNA A:

comunicare per iscritto agli Uffici competenti ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda.

(Cognome e nome) _____

autorizza il Servizio Competente al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio, anche con altri enti/organizzazioni attuatori del servizio, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data) _____

(Firma)
