



AVVISO PUBBLICO
PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA D'ACCESSO
ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.

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

Comuni di

**Acquacanina – Bolognola – Camerino – Castelsantangelo sul Nera – Fiastra –
Fiordimonte – Monte Cavallo – Muccia – Pieve Torina – Pievebovigliana – Serravalle di
Chienti – Ussita - Visso**

DESTINATARI

Sono **destinatari dell'assegno di cura le persone anziane non autosufficienti** che, nel territorio dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n.18 Camerino (di seguito ATS 18), 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, iscritte al Registro Regionale o comunque formata nelle modalità indicate dalla Regione Marche.**

Nel caso di compresenza di più persone non autosufficienti nello stesso nucleo familiare viene concesso un massimo di n. 2 assegni di cura, utilizzando come titolo di precedenza la maggiore età e, a parità di età, la valutazione dell'assistente sociale dell'ATS 18 in merito alla gravità delle condizioni di salute e al conseguente maggiore bisogno di assistenza.

Sono escluse dall'assegno di cura le persone non autosufficienti che vivono in strutture sociali e socio-sanitarie previste dalle LR 20/2002 e LR 20/2000.

REQUISITI DI ACCESSO

La persona anziana assistita deve:

- aver compiuto i 65 anni di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico,
- essere dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100% e usufruire di indennità di accompagnamento (vale la dichiarazione di invalidità anche per il caso di cecità);
- essere residente, nei termini di legge, in uno dei Comuni dell'ATS n.18 Camerino ed usufruire di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato;
- presentare certificazione ISEE, valida al momento della domanda.

Nel caso in cui l'assistente familiare risultasse inserita nello stato di famiglia dell'anziano non autosufficiente si darebbe luogo al nucleo familiare estratto di cui all'art. 3, comma 3, del D.lgs 109/98 e art. 1 comma 7 del Dpcm 221/99 come modificato dal Dpcm 242/01, e pertanto il reddito dell'assistente va escluso dall'ISEE.

Possono presentare domanda:

- l'**anziano** stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- le famiglie** che accolgono o meno l'anziano nel proprio nucleo o che si prendono cura dello stesso, anche se non conviventi;
- il **soggetto incaricato alla tutela** dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno o figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana purché sia residente in uno dei Comuni dell'ATS n.18).



MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande di assegno di cura, redatte su apposito modello, dovranno pervenire tramite consegna a mano o inviate per posta (nel qual caso farà fede il timbro postale), presso la sede dell'ente capofila dell'ATS n. 18: **UNIONE MONTANA MARCA DI CAMERINO, VIA V. VARANO 2 – 62032 CAMERINO (MC)**

ENTRO E NON OLTRE IL 13 GENNAIO 2017

Le domande pervenute oltre il termine previsto e/o in difformità con le modalità di presentazione sopra specificate verranno escluse dalla valutazione e ammissione in graduatoria.

L'Ente non assume responsabilità per la dispersione e/o ritardo nella consegna o presentazione della suddetta domanda e della relativa documentazione allegata; inoltre l'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del richiedente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

La domanda deve essere corredata obbligatoriamente, **pena l'esclusione**, dalla seguente documentazione:

1. attestazione I.S.E.E., in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.);
2. copia di un valido documento di identità del richiedente;
3. copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento percepita al momento della domanda (non sono messe a contributo le persone che hanno in corso di valutazione la domanda per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento);
4. dichiarazione relativa alle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore.

N.B. la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

ENTITÀ DEL CONTRIBUTO ECONOMICO

L'entità dell'assegno di cura a favore dei destinatari è pari ad € 200,00 mensili ed ha durata annuale, non costituisce vitalizio, ma supporto personalizzato in attuazione nell'Ambito del "Piano Assistenziale Individualizzato" (PAI), finalizzato a supportare momentaneamente la famiglia che assiste l'anziano.

L'entità dell'assegno di cura sarà erogato trimestralmente.

L'eventuale diritto all'assegno di cura verrà riconosciuto dal 01/01/2017.

L'assegno di cura viene interrotto:

1. in caso di inserimento permanente in struttura residenziale sociale, sanitaria o socio-sanitaria;
2. nel caso in cui il destinatario usufruisca del SAD o vi acceda
3. nel caso in cui il beneficiario usufruisca dell'intervento Home Care Premium effettuato dall'INPS;
4. nel caso in cui il beneficiario usufruisca dell'intervento di assistenza domiciliare indiretta indirizzato ai soggetti over 65 anni in situazione di "particolare gravità"
5. in caso di inserimento temporaneo continuativo per un periodo superiore a 30 giorni, in struttura residenziale sociale, sanitaria o socio-sanitaria;



6. col venir meno delle condizioni previste all'atto della sottoscrizione degli impegni assunti coi destinatari dei contributi nel "patto di assistenza";
7. col venir meno delle condizioni di accesso e in genere delle finalità previste dall'intervento.
8. Rinuncia scritta del beneficiario;
9. Decesso del beneficiario

In caso di interruzione si procederà allo scorrimento della graduatoria con decorrenza non retroattiva del beneficio economico.

L'Assegno di cura non è cumulabile con il Servizio Assistenza Domiciliare (SAD); i beneficiari del SAD anziani non autosufficienti possono presentare richiesta di accesso al contributo ferma restando la **non cumulabilità degli interventi**; il diritto all'assegno pertanto decorrerà dal momento di interruzione del SAD successivo all'approvazione della graduatoria.

PERCORSO PER ACCEDERE ALL'ASSEGNO DI CURA

Il Coordinatore dell'ATS n.18 Camerino, 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.

La graduatoria non dà immediato diritto al contributo che sarà subordinato anche alla realizzazione di un **"patto di assistenza"** domiciliare da sottoscrivere a cura delle parti nel quale 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.
6. se seguito da assistente familiare contratto di lavoro e iscrizione dell'operatrice all' "Elenco Regionale degli assistenti familiari".

Al fine di valutare la possibilità di stipulare un **"patto di assistenza"**, parte integrante del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) del quale l'assegno di cura è supporto personalizzato, in sede di presentazione della domanda, il soggetto richiedente (sia esso l'anziano, il suo tutore o la famiglia) è tenuto a presentare, sotto la sua responsabilità, una **dichiarazione** (rilasciata ai sensi dell'**Art.47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445**) nella quale devono essere indicate, nel dettaglio, le modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore, nelle varie forme possibili ed integrabili (assistente familiare in possesso di regolare contratto di lavoro ed iscritto al Registro regionale degli assistenti familiari, familiari del soggetto non autosufficiente, altro specificato).

La dichiarazione sarà valutata ed eventualmente sottoposta a verifica, anche periodica, da parte dell'Assistente Sociale o dell'Unità Valutativa Integrata.

L'assistente sociale può avvalersi delle professionalità che compongono l'UVI, di cui la stessa fa parte, nel caso di situazioni caratterizzate da alta complessità assistenziale, che richiedono la presenza di competenze sanitarie.

Come stabilito dalla DGR n.985/2009 la graduatoria non dà immediato accesso al contributo, essendo lo stesso subordinato alla valutazione dell'Assistente Sociale dell'ATS 18 e dell'Unità Valutativa Integrata del Distretto Sanitario che può essere negativa in assenza delle condizioni per stipulare il **"patto di assistenza"**, in particolare:

- assenza di adeguata assistenza nelle 24 ore
- non gestibilità del paziente a domicilio
- ambiente non idoneo
- decesso del beneficiario prima della stipula del patto di assistenza

Al termine del percorso sopra indicato ai singoli richiedenti verrà trasmessa una comunicazione scritta relativa all'esito della domanda.



PER REPERIRE I MODELLI DI DOMANDA ED OTTENERE EVENTUALI INFORMAZIONI rivolgersi a:

- Ambito Sociale 18, Unione Montana Marca di Camerino Via V. Varano, n. 2 - Camerino;
Tel. 0737/6175216.
- Servizi Sociali dei Comuni di Acquacanina – Bolognola – Camerino – Castelsantangelo sul Nera – Fiastra – Fiordimonte – Monte Cavallo – Muccia – Pieve Torina – Pievebovigliana – Serravalle di Chienti – Ussita – Visso.

Si precisa che l'erogazione dell'assegno di cura, di cui al presente bando, è subordinata all'effettivo finanziamento da parte della Regione Marche, nella misura stabilita dal Comitato dei Sindaci dell'Ambito Sociale n. 18 in data 23/11/2016.

Camerino , li 07/12/2016



Il Direttore/Segretario Generale
Dott.ssa Rosalba Catarini

**Unione Montana
 Marca di Camerino
 Ente capofila dell'ATS 18
 Via V. Varano, 2
 62032 Camerino (MC)**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA
 PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2016**

Delibera di Giunta Regionale n. 328 del 20 aprile 2015

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ () CAP _____ in via _____

n. _____, telefono _____

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

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- famiglie conviventi e non con l'anziano
- tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

presenta domanda di Assegno di Cura

per il/la sig./sig.ra _____

codice fiscale _____ nato/a a _____ () il _____

_____ residente a _____ () CAP _____ in via _____

_____ n. _____, telefono _____,

(*indicare solo se diverso dalla residenza*)

domiciliato a _____ () CAP _____ in via _____

n. _____, telefono _____,

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

1. Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS n.18

2. Che il soggetto non autosufficiente (come sopra individuato), ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura, è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.

3. Che la situazione economica, calcolata sull'ISEE in corso di validità è di € _____.

4. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

direttamente dalla famiglia del soggetto indicare la persona di riferimento:

Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____
CAP _____ in via _____,
n. _____, telefono _____

Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____
CAP _____ in via _____,
n. _____, telefono _____

Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____
CAP _____ in via _____,
n. _____, telefono _____

da assistenti domiciliari privati, in possesso di regolare contratto di lavoro:
Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____ residente a _____
CAP _____ in via _____,
n. _____, telefono _____

5. Che il Medico di Medicina Generale del soggetto non autosufficiente è il Dott.

6. Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l'interruzione dell'erogazione dell'assegno di cura**, nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (*es. ingresso in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell'assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, ecc*)

7. Di essere consapevole che la dichiarazione ISEE, 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. (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – in corso di validità oppure dichiarazione sostitutiva in corso di validità rilasciata dal CAF che attesti la richiesta di rilascio dell'ISEE;
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- dichiarazione sulle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (all.2)
- informativa privacy sottoscritta (all. 3)

Luogo, _____

Data ____ / ____ / ____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 DPR 28 dicembre 2000,n.445)
MODALITA' DI GESTIONE ATTIVITA' ASSISTENZIALE**

Il/la sottoscritto/a, in relazione alla domanda d'accesso all'assegno di cura per anziani non autosufficienti (DGR 985/2009 e DGR 06/2012), presentata in qualità di ai sensi dell'art.47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445;

consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità di atti e l'uso di atto falso costituiscono reato ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445 e comportano l'applicazione della sanzione penale;

DICHIARA

che, per l'anno 2016 per il quale si richiede l'assegno di cura, l'Assistenza h 24 al Sig. /Sig.ra, beneficiario/a del contributo richiesto, è organizzata come di seguito riportato:

(Giorno o giorni della settimana, periodo dell'anno)

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

(Giorno o giorni della settimana, periodo dell'anno)

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

(Giorno o giorni della settimana, periodo dell'anno)

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

Dalle ore alle ore

assistente (nome).....

definizione ruolo.....

In Fede.

Luogo e data _____

Firma

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti al servizio "Servizi Sociali" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali),
2. Il trattamento dei dati avverrà presso la Comunità Montana, quale titolare del trattamento dati, attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo (Servizio protocollo, Ragioneria, ASUR Marche AV di riferimento, Provincia, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.)
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009 e n. 06 del 09 gennaio 2012.
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009 e n. 06 del 09 gennaio 2012. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Comune/ Comunità Montana, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
6. L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di erogazione all'ATS n. 18 del contributo regionale.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto, preso visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data _____

IL DICHIARANTE
