

AMBITO TERRITORIALE MOLFETTA-GIOVINAZZO - ASL BA

AVVISO PUBBLICO PER L' ATTRIBUZIONE DELL'ASSEGNO DI CURA A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E LORO NUCLEI FAMILIARI

Finalità

Rimuovere ovvero ridurre l'incidenza che i vincoli economici e il disagio derivante da reddito insufficiente possono esercitare sulla scelta e sulla capacità di un nucleo familiare di prendersi carico, per la parte di competenza, del lavoro di cura di una persona in condizione di fragilità derivante da non autosufficienza, favorendo così il ricorso ai servizi domiciliari e comunitari per prolungare la permanenza del soggetto non autosufficiente nel proprio contesto di vita familiare e sociale e riducendo il ricorso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali, quando le condizioni di salute e il contesto abitativo lo consentano.

Destinatari e requisiti di accesso

Sono individuati come destinatari dell'intervento i seguenti gruppi:

1. anziani e persone disabili, con disabilità fisica o psichica o sensoriale, ovvero plurima, in condizioni di non autosufficienza grave che vivono da soli;
2. nuclei familiari in cui vivano continuativamente da almeno un anno, alla data del 30.10.2006, una o più persone non autosufficienti, per le quali sia possibile una adeguata assistenza a domicilio ovvero per la quale sia valutato più positivamente un percorso di cura nel proprio contesto di vita familiare, purchè supportato dal parere delle istituzioni competenti.

Ai fini del presente bando i destinatari devono rientrare nelle seguenti condizioni di ammissibilità:

- ISEE del nucleo familiare, certificato in data non antecedente a un semestre dalla data di pubblicazione dell'Avviso in oggetto, convivente abitualmente nella stessa abitazione, non superiore a 40.000,00 Euro;
- redditi ad ogni titolo percepiti dalla persona non autosufficiente nell'anno fiscale 2005, non superiori a 25.000,00 Euro;
- svolgimento, a carico di uno dei componenti del nucleo familiare, del lavoro di cura non coperto dal servizio sociale a carattere domiciliare e/o comunitario eventualmente assicurato da Comune e ASL allo stesso individuo ovvero al nucleo familiare.

Criteri di valutazione e attribuzione del punteggio

Ulteriori criteri di valutazione delle domande di ammissione al contributo dell'Assegno di Cura sono i seguenti:

- numero di componenti del nucleo familiare e composizione del nucleo (famiglie monogenitoriali, più anziani, più disabili o più minori presenti nello stesso nucleo, ecc.);
- gravità della condizione di non autosufficienza, attestata da idonea documentazione medica e amministrativa;
- condizione economica complessiva del nucleo familiare;
- condizione lavorativa dei soggetti adulti presenti nel nucleo familiare;
- situazione reddituale della persona non autosufficiente (inclusiva di pensioni di invalidità, indennità di accompagnamento, e altri introiti a qualsiasi titolo percepiti);

- obiettivi di cura cui il nucleo familiare dichiara di contribuire in coerenza rispetto agli obiettivi di permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, di mantenimento dell'autonomia residua, di perseguimento di obiettivi di inclusione sociale e/o lavorativa, di qualità della vita e di qualità della cura a tutela delle condizioni psico-fisiche della persona non autosufficiente.

Al fine della valutazione delle domande di ammissione al contributo dell'Assegno di Cura, sono attribuiti punteggi alle seguenti dimensioni di valutazione secondo le modalità di seguito riportate:

- composizione del nucleo familiare

fino a punti 10

min. p. 2 per 2 componenti

+ p. 1 per ciascun componente aggiuntivo

+ p.2 per ciascun componente minore di anni 6 o maggiore di anni 64

+ p.3 per ciascun componente disabile

- persona non autosufficiente che vive da sola

punti 5

- gravità della condizione di non autosufficienza

fino a punti 20

p. 20 per invalidità accertata al 100%

p. 15 per invalidità da 86% a 99%

p. 10 per invalidità da 75% a 85%

p. 10 per patologie gravi che comportino la non autosufficienza comprovata da idonea certificazione sanitaria

p. 5 per invalidità da 67% al 74%

p. 0 per invalidità inferiore al 66%

- reddito percepito dalla persona non autosufficiente+ redditi esenti IRPEF **fino a punti 10**

p. 10 per redditi tra 0 e 10.000,00 euro

p. 7 per redditi tra 10.001,00 e 15.000,00 euro

p. 4 per redditi tra 15.001,00 e 20.000,00 euro

p.1 per redditi tra 20.001,00 e 25.000,00 euro

- ISEE del nucleo familiare + redditi esenti IRPEF

fino a punti 35

p. 35 per ISEE tra 0 e 10.000,00 euro

p. 30 per ISEE tra 10.001,00 e 15.000,00 euro

p. 25 per ISEE tra 15.001,00 e 20.000,00 euro

p. 20 per ISEE tra 20.001,00 e 25.000,00 euro

p. 15 per ISEE tra 25.001,00 e 30.000,00 euro

p. 10 per ISEE tra 30.001,00 e 35.000,00 euro

p. 5 per ISEE tra 35.001,00 e 40.000,00 euro

- condizione lavorativa delle persone adulte del nucleo familiare

fino a punti 10

p.2 per ogni componente maggiorenne del nucleo familiare, disoccupato sino ad un massimo di 10 punti

- obiettivi di cura e livello di assistenza₁ richiesto per la cura della persona non autosufficiente

fino a 10 punti

p. 10 livello elevato di assistenza

p. 7 livello alto di assistenza

p. 4 livello medio di assistenza

Tipologia di aiuto ed entità del contributo

L'ammontare dell'assegno mensile denominato "Assegno di Cura", che sarà erogato ai nuclei familiari, ovvero alle persone non autosufficienti che vivono da sole, ha le seguenti caratteristiche:

- non può in nessun caso essere superiore a 500 euro mensili e 6.000,00 annuali;
- sarà erogato con cadenza mensile (ovvero bimestrale, trimestrale, ecc..) per una durata massima di 12 mesi dalla data di pubblicazione della graduatoria degli aventi diritto al contributo;
- deve essere corrisposto in modo proporzionato al livello di assistenza richiesto per le condizioni di non autosufficienza assistita (fino al 50% dell'Assegno) e per le condizioni economiche del nucleo familiare (fino al 50% dell'Assegno);
- non può essere erogato a persone non autosufficienti che risiedano in strutture residenziali, ovvero deve essere sospeso per i periodi limitati nei quali persone non autosufficienti assistite a domicilio, richiedano periodi di ricovero in strutture residenziali.

In particolare l'assegno di cura sarà modulato come segue:

- la prima parte dell'assegno pari al 50% dell'importo complessivo massimo sarà così determinata
250,00 euro livello elevato di assistenza

200,00 euro livello alto di assistenza

150,00 euro livello medio di assistenza

- la seconda parte dell'assegno, pari al residuo 50% dell'importo complessivo massimo sarà così determinata

250,00 euro per ISEE tra 0 e 10.000,00 euro

200,00 euro per ISEE tra 10.001,00 e 15.000,00 euro

150,00 euro per ISEE tra 15.001,00 e 20.000,00 euro

100,00 euro per ISEE tra 20.001,00 e 25.000,00 euro

50,00 euro per ISEE tra 25.001,00 e 30.000,00 euro

0,00 euro per ISEE tra 30.001,00 e 40.000,00 euro.

L'ammontare dell'Assegno di cura riconosciuto all'avente diritto sarà pari alla somma dei due importi determinati in relazione alle condizioni del nucleo o della persona richiedente.

L'assegnazione del contributo dell'Assegno di Cura è subordinata alla sottoscrizione di un contratto tra il Servizio Sociale del Comune ove risiede la persona non autosufficiente e il familiare, parente o affine, ovvero persona terza delegata, che si fa carico del lavoro di cura nel contesto domiciliare.

Modalità di presentazione delle domande

La domanda di accesso al contributo "Assegno di Cura" dovrà essere compilata utilizzando il modulo allegato al presente Avviso, e dovrà essere presentato all'Ufficio di Piano di Zona del Comune di _____

Settore Servizi Sociali _____

Recapito _____

CAP _____ (Prov).

Istruttoria, formazione delle graduatorie e ammissione al contributo

Il Responsabile del Procedimento cura l'istruttoria delle domande ricevute e la formazione della graduatoria mediante l'applicazione dei punteggi come sopra indicato, per la valutazione di ciascuna domanda.

Il Responsabile del Procedimento pubblica la graduatoria nell'Albo Pretorio del Comune.

Ai soli beneficiari viene data anche comunicazione dell'avvenuta ammissione al contributo.

Documentazione

Alla domanda di contributo dovrà essere allegata:

- stato di famiglia del nucleo familiare interessato ovvero autocertificazione
- verbali Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992 e verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN);
- certificato ISEE del nucleo familiare + redditi esenti
- autocertificazione dei proventi ad ogni titoli percepiti dal soggetto richiedente il contributo
- altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti tra quelli indicati nel presente Avviso pubblico
- certificazione medica attestante il livello di assistenza.

Controlli

Il Servizio Sociale del Comune in cui il nucleo familiare assegnatario dell'Assegno di Cura, ovvero altro Ente designato dal Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale, procederà, attraverso una visita domiciliare e prima dell'approvazione della graduatoria, alla verifica dell'effettiva consistenza del bisogno dichiarato dai richiedenti.

Il destinatario si deve impegnare a conservare e rendere disponibile al suddetto Servizio Sociale la documentazione che comprova la spesa sostenuta (le fatture rilasciate dall'organizzazione presso cui si acquista il servizio d'assistenza domiciliare; le ricevute di pagamento dei contributi previdenziali versati all'INPS per il singolo assistente domiciliare assunto; l'autocertificazione del reddito negativo derivante da mancato lavoro per il connesso carico di cura; certificazioni adeguate delle spese aggiuntive rispetto alla spesa familiare ordinaria, per gli acquisti di beni e servizi dedicati alla condizione di non autosufficienza, ecc...).

Il destinatario è tenuto, successivamente all'erogazione del contributo, a comunicare tempestivamente ogni evento significativo che modifichi le dichiarazioni rese ai fini del contributo medesimo: la cessazione o i cambiamenti del servizio utilizzato o del contratto di lavoro con l'operatore domiciliare, nonché le variazioni della situazione economica del nucleo familiare della persona non autosufficiente. Nel caso in cui sia accertata, a seguito dei suddetti controlli, l'inesistenza o la cessazione delle condizioni che hanno comportato il beneficio, il Servizio Sociale dell'Ente titolare dei controlli, provvede alla sua revoca, al recupero delle somme indebitamente erogate ed eventualmente, ove se ne ravvisino gli estremi, alla segnalazione all'autorità giudiziaria.

Per informazioni:

Settore Servizi Sociali

Comune di _____

Via _____

CAP Citta (PROV)

Tel.

Fax

e-mail

Luogo e data Firma del Responsabile dell'Ufficio di Piano

AMBITO TERRITORIALE MOLFETTA-GIOVINAZZO – ASL BA

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE PER L'ASSEGNO DI CURA
A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E LORO NUCLEI FAMILIARI**

**All'Ufficio di Piano di Zona
dell'Ambito Territoriale di**

_____ c/o Comune di _____
Via _____
CAP Città _____

Oggetto: Del. G.R. n. 1633 del 30.10.2006 e s.m.i.– Istituzione dell'assegno di cura per le condizioni di disagio connesse ai carichi di cura familiari per situazioni di fragilità derivanti da non autosufficienza e disabilità. Richiesta di ammissione al contributo.

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____ ,
nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / _____ ,
residente a _____ (____) in via _____
n. civico _____ domiciliato/a a _____ (____), in via
_____ n. _____ , Codice Fiscale _____
n. telefono ____/ _____ , in qualità di parente o affinez (specificare)
_____ di (cognome e nome) _____
_____ nato/a a _____ (____)
il ____ / ____ / _____ , residente a _____ (____),
in via _____ n. civico _____ ,
domiciliato/a a _____ (____), in via _____ n. _____ ,
che si trova in una condizione di non autosufficienza grave

CHIEDE

che il proprio congiunto sia valutato, secondo i criteri indicati dalla Del. G.R. n. 1633 del 30.10.2006 e dall'Avviso Pubblico approvato dal Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale di _____ in data ____/____/____, per la eventuale assegnazione dell'assegno di cura a sostegno del lavoro di cura sostenuto per la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, in presenza di condizioni di povertà del nucleo familiare nel quale il congiunto vive abitualmente.

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000):

- a) che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ (anni compiuti);
- b) che lo stesso risiede continuativamente da almeno un anno alla data del 30 ottobre 2006 nel domicilio del nucleo familiare che si impegna ad assumersi il carico di cura

ovvero

b1) che lo stesso vive solo, ma con un familiare, parente entro il terzo grado ed affine entro il secondo grado, che si assume l'impegno di cura necessario rispetto alle condizioni di non autosufficienza;

c) che il destinatario del beneficio richiesto è gravemente non autosufficiente e bisognoso di assistenza continuativa al fine della conduzione di una vita dignitosa e/o al fine di conciliare le condizioni di non autosufficienza grave e le attività di studio, lavorative, sociali, ricreative;

d) che lo stesso è stato riconosciuto invalido al 100% con diritto alla Indennità di accompagnamento, secondo quanto attestato dalla documentazione allegata;

ovvero

d1) che lo stesso è affetto dalla seguente patologia invalidante _____, così come attestata dalla certificazione medica allegata, e di avere fatto richiesta di certificazione di invalidità ai sensi della L. n. 104/1992 in data ____/____/____;

e) che il valore ISEE del nucleo familiare convivente, certificato in data non antecedente a un semestre dalla data di pubblicazione dell'Avviso in oggetto, è pari ad Euro _____,00;

f) che i redditi ad ogni titolo percepiti dalla persona non autosufficiente nell'anno fiscale 2005, sono stati pari ad Euro _____,00;

g) che il nucleo familiare nel quale vive abitualmente il destinatario del beneficio richiesto è composto da num ____ componenti complessivamente, di cui num ____ di età inferiore a 6 anni e di cui num ____ di età superiore a 64 anni;

h) che la condizione lavorativa del capofamiglia del nucleo familiare nel quale vive abitualmente la persona non autosufficiente è la seguente: _____ 3

ovvero

h1) che la condizione lavorativa del destinatario del beneficio richiesto è la seguente:

_____;

i) che la condizione di non autosufficienza del destinatario del beneficio richiesto, in termini di prestazioni assistenziali richieste a supporto, è di livello:

- livello elevato (gestione di disturbi comportamentali aggressivi e pericolosi, somministrazione assistita degli alimenti ovvero alimentazione artificiale, effettuazione delle attività di igiene personale quotidiana, mobilitazione e prevenzione delle patologie da immobilizzazione, assistenza continuativa, sostituzione e integrazione nelle relazioni personali);

- livello alto (gestione di disturbi comportamentali e cognitivi, aiuto nell'alimentazione, aiuto nella mobilitazione e deambulazione assistita con ausili, aiuto nell'assolvimento delle attività di igiene personale, effettuazione delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona, effettuazione dell'attività di vestizione, assistenza globale per incontinenza, sostegno nel mantenimento delle relazioni personali interne ed esterne al nucleo familiare);

- livello medio (attività per il mantenimento di idonee condizioni igienico sanitarie dell'ambiente di vita, aiuto nella vestizione, aiuto nelle operazioni periodiche di pulizia completa della persona, supervisione e sorveglianza della persona non autosufficiente, preparazione dei pasti e dell'assunzione degli alimenti, supervisione della deambulazione, aiuto nella gestione della incontinenza e/o nell'uso di servizi igienici, aiuto nell'espletamento di attività significative per la socializzazione e per il mantenimento di attività di studio/lavoro, attività di riattivazione/stimolazione per il mantenimento delle residue capacità psico-fisiche).

l) di scegliere, ai fini dell'eventuale accreditamento del beneficio economico, una delle seguenti modalità:

Accreditato sul c/c n. _____ della Banca _____

Fil./Ag. di _____ intestato a _____

Codici Bancari: ABI _____ CAB _____ CIN _____

Riscosso in contanti presso _____

A mezzo di assegno circolare intestato al sottoscritto, da recapitare al seguente indirizzo:

c/o _____ Via _____

num. civico _____ Comune _____ (Prov. _____).

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al beneficio richiesto, di impegna a siglare un "contratto" con il Servizio Sociale del Comune di _____, di residenza, nel quale saranno definite le modalità dell'impegno di cura a carico della famiglia, soggetto a verifica periodica da parte del Comune stesso.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

La sig.ra / il sig. _____

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del contributo economico in parola, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data) _____ (Firma) _____

FIRMA
