AREA OMOGENEA DISTRETTUALE AOD 1
(AGRIGENTO, ARAGONA, FAVARA, RAFFADALI)

ASSEGNO DI CURA PER DISABILI
AVVISO PUBBLICO

Il Dirigente/Coordinatore del comune capofila Agrigento

INFORMA

che nell'ambito dell' Area Omogenea Distrettuale AOD1 e in seno al Piano di Zona 2013/2015 è stato previsto il progetto innovativo a sostegno e a supporto delle famiglie dei disabili, ***"azione progettuale n. 1 "Assegno di cura per disabili"***, approvato e finanziato dall'Assessorato alla famiglia e delle politiche sociali con D.D.G. nr. 1718 del 17 luglio 2015.

La suddetta azione prevede l'erogazione di "un assegno" mensile per dodici mesi per annualità.

Destinatari dell'assegno sono le famiglie che mantengono o accolgono i disabili in condizioni di non autosufficienza debitamente certificata (art. 3, comma 3, art. 3 comma 1 legge 104/92) legati da vincoli di parentela, ai quali garantiscono direttamente assistenza continua.

Ambito Territoriale

I comuni coinvolti nell'intervento e in cui i richiedenti l'intervento devono risiedere sono:

- Agrigento
- Aragona
- Favara
- Raffadali

Modalità e criteri

L'erogazione dell'assegno è vincolata all'assunzione, con regolare contratto di lavoro, di personale qualificato per l'assistenza alla persona disabile.

La persona assunta, per ragioni di professionalità, non potrà essere un parente appartenente al nucleo familiare ospitante

Le richieste di "assegno di cura" saranno esaminate dall' Unità di Valutazione Distrettuale (UVD), che individuerà le figure professionali necessarie alla persona disabile (Educatore professionale, Assistente all'autonomia e alla comunicazione, Osa ecc..).
Al termine della disamina delle istanze per la richiesta di intervento da parte del nucleo familiare si provvederà alla formulazione di progetti individualizzati per i singoli utenti richiedenti il beneficio.
La disamina delle istanze terrà conto dei seguenti criteri di priorità:

- Gravità
- Minore età
- Isee inferiore
- Assenza di altri servizi comunali e/o distrettuali
- Presenza di più persone con disabilità o genitori anziani entro lo stesso nucleo familiare

Destinatari

L'intervento è rivolto a n. 15 disabili per annualità, tutti residenti nei comuni ricompresi nella suddetta AOD 1, Agrigento, Aragona, Favara e Raffadali.
La disabilità e non autosufficienza devono essere certificate ai sensi della L. 104/92 (art. 3, comma 3 o art. 3, comma 1) e il disabile deve essere legato da vincolo di parentela con il nucleo che garantisce assistenza continua.

Durata dell'intervento

L'intervento avrà la durata di tre anni in favore di 45 soggetti complessivamente nella triennalità di riferimento del suddetto PdZ, i soggetti coinvolti saranno diversi per ogni singola annualità.
La graduatoria pertanto resterà sempre aperta e aggiornabile alla luce di eventuali nuove istanze e/o contingenze nuove.

Presentazione delle istanze di "assegno di cura"

Le istanze compilate in ogni parte e sottoscritte su appositi modelli disponibili sui siti dei singoli comuni dell'AOD 1 e presso gli uffici di Servizio sociale di ognuno dei quattro suddetti comuni vanno presentate al protocollo generale del Comune di residenza e indirizzate ai Servizi Sociali entro il giorno 22-08-2016 e saranno corredate a pena di esclusione da:

- Copia del verbale di accertamento dell'Handicap ai sensi della legge 104/92, art. 3 comma 1 o art. 3 comma 3, con diagnosi. (La diagnosi, se omessa sul verbale va comunque prodotta all'ufficio di Servizio sociale che istruirà le istanze);
- Fotocopia del documento di identità, in corso di validità, della persona disabile e del familiare che sottoscrive l'istanza;
- Isee relativo all'anno reddituale 2015 e in corso di validità;

Il Responsabile del procedimento è: Dott.ssa Viviana Panarisi funzionario del Comune d'Ambito di Raffadali tel. Nr 0922 475912/15

Agrigento 11-07-2016

Il Dirigente/Coordinatore
Dott.ssa F. Inglima Modica

(da presentare entro il 22-08-2016)

AREA OMOGENEA DISTRETTUALE
AOD 1 (AGRIGENTO, ARAGONA, FAVARA, RAFFADALI)

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali
Per il tramite del servizio protocollo generale

Oggetto: Richiesta assegno di cura – PdZ 2013/2015

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n° 445

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente _____ in via /piazza_____

n° _____ telefono_____ cellulare _____

codice fiscale_____

DICHIARA

Consapevole delle responsabilità penali e civili ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n°445 per falsità e dichiarazioni mendaci

Che nel proprio nucleo familiare, come appresso riportato è presente e convivente, per vincolo di parentela (MADRE, PADRE, FRATELLO, CONIUGE, FIGLIO)_____

il/la sig./sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

Disabile grave in condizione di parziale/totale non autosufficienza che necessita di prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in relazione alle condizioni vissute di non autonomia , anche di natura sanitaria.

CHIEDE

L' 'Assegno di cura' per la seguente prestazione:

- Area Assistenziale, articolata in: presa in carico, servizio di assistenza domiciliare, servizio di accompagnamento, assistenza all'autonomia e alla comunicazione ASACOM.
- Area Riabilitativa , articolata in: servizi di fisioterapia, servizi di logopedia, servizio di riabilitazione socio relazionale.
- Area Socio-Ricreativa , articolata in : attività ludico-ricreativa e di animazione, attività grafico-pittoriche, cineforum,attività sportiva.

A tal fine dichiara:

- di aver preso visione dell'avviso dell'assegno di cura
- di essere consapevole che l'assegno sarà erogato su valutazione (UVD) e del servizio sociale professionale Comunale
- di essere consapevole di quanto previsto nell'avviso in ordine ai criteri di priorità
- di non fruire di altri servizi erogati da questo Comune
- di fruire di altri servizi erogati da questo Comune e precisamente

  _____

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente e per iscritto a questo Comune ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, reddituali, nonché eventuali rinunce al servizio o motivi che determinano la sospensione temporanea.

Per la valutazione e l'accoglimento della richiesta si allega:

- Fotocopia del verbale di accertamento dell'Handicap ai sensi della legge 104/92, art.3 comma 1 o art.3 comma 3 con relativa diagnosi.
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del disabile.
- Indicatore situazione economica equivalente (ISEE relativo all'anno reddituale 2015 e in corso di validità)

Composizione del nucleo familiare.

	Cognome e Nome	Rapporto familiare	Nato	Data di nascita	Convivente Si	No
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Il Sottoscritto dichiara altresì:

- di impegnarsi a non assumere con contratto professionisti legati da vincoli di parentela o appartenenti al proprio nucleo familiare
- di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia
- di essere a conoscenza che in relazione alla ratio normativa dell'intervento,il beneficio presuppone lo stato in vita del soggetto in favore del quale viene concesso e pertanto decade dalla data del decesso del beneficiario
- di avere preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute
- di essere a conoscenza che l'istanza, potrà essere sottoposta ad accertamenti fiscali anche tramite l'ausilio della Guardia di Finanza
- Inoltre autorizza l'AOD 1 all'uso dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs 196/2003, che verranno utilizzati esclusivamente alle finalità di cui alla presente istanza.

Data_____

FIRMA

_____