

Anno	Titolo	Classe	
2022	VII	12	ARRIVO
Prot.n.	134	Del	12/01/2022



COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA"

SERVIZIO SOCIALE

LEGGE REGIONALE N. 57/2012 INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE

COMUNITA' MONTANA
"MONTAGNA MARSICANA"
sede di AVEZZANO

AVVISO

11 GEN. 2022

Data _____

Prot. n. 82 / R15

OBIETTIVI

L'assistenza personale autogestita permette di vivere a casa propria e di organizzare la propria vita, come fanno le persone senza disabilità e consente alle famiglie di essere più libere da obblighi assistenziali.

DESTINATARI

Gli interventi di cui alla L.R. del 23 Novembre 2012, n. 57: "Interventi per la vita indipendente" sono rivolti esclusivamente alle persone con disabilità in situazione di gravità, come individuate dall'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992 con ISEE in corso di validità (ISEE socio sanitario dove la composizione del nucleo familiare lo consente) non superiore ad euro 20.000,00 e di età superiore ai 18 anni, nonché ai rappresentanti legali dei predetti soggetti nel caso di disabili psico-relazionali, residenti in uno dei 34 Comuni afferenti all'ADS n. 2 MARSICA di seguito elencati: Aielli, Balsorano, Bisegna, Canistro, Capistrello, Cappadocia, Carsoli, Castellafiume, Celano, Cerchio, Civitella Roveto, Covata D'antino, Collarmele, Collelongo, Gioia Dei Marsi, Lecce Nei Marsi, Luco Dei Marsi, Massa D'albe, Morino, Oricola, Ortona Dei Marsi, Ortucchio, Ovindoli, Pescina, Pereto, Rocca Di Botte, San Benedetto Dei Marsi, San Vincenzo Valle Roveto, Sante Marie, Scurcola Marsicana, Tagliacozzo, Trasacco, Villavallelonga.

Via Monte Velino, 61 - 67051 AVEZZANO (AQ) - Tel. 0863/22143 - 25244 - Fax 0863/070567
e-mail: ufficiosociale@montagnamarsicana.it - sociale1@montagnamarsicana.it
pec: montagnamarsicana@pec.it

Cod. Fiscale e P.I. 01842400663

TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

La persona con disabilità sceglie autonomamente il proprio assistente personale, che può essere anche un familiare, ed è tenuta a regolarizzare il rapporto di lavoro nel rispetto delle forme contrattuali previste dalla normativa vigente.

MODALITÀ DI RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

1. L'assistenza personale autogestita è realizzata attraverso l'attuazione del progetto personalizzato, redatto su appositi moduli, allegato al presente avviso, presentato dalla persona interessata nonché dal rappresentante legale del predetto soggetto nel caso di disabile psico-relazionale, con cadenza annuale agli Enti Capofila di Ambito Distrettuale (ECAD) di riferimento, anche per il tramite del Comune di residenza, nel rispetto delle risorse disponibili nel bilancio regionale.
2. Gli ECAD, entro 10 giorni dalla scadenza di presentazione delle istanze e dei progetti presentati dai soggetti interessati attivano, le UVM, del Distretto sanitario competente per territorio, per la valutazione e la verifica dei progetti stessi.
3. I progetti inviati sono valutati dall'equipe multidisciplinare, nel rispetto di quanto stabilito dalla Determinazione Dirigenziale n. 138 del 13.12.2017 e dalla Delibera di G.R. n. 759 del 15.12.2017, con contestuale determinazione dei livelli di intensità assistenziale in base ai criteri di cui all'art. 5 e all'articolo 8, comma 1, lettere a), b), c) e d) della L.R. 57/2012. Nella valutazione dei progetti la persona con disabilità che ha fatto richiesta di assistenza personale è parte integrante dell'equipe multidisciplinare.
4. Gli ECAD, successivamente alla valutazione comunicata dagli UVM, inviano la richiesta di finanziamento alla Direzione della Giunta Regionale competente in materia di politiche sociali.

DOMANDE DI PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

1. Gli utenti che desiderano utilizzare questa tipologia di assistenza predispongono e presentano un progetto individuale per la "vita indipendente" e la richiesta del relativo finanziamento all'ECAD di appartenenza, anche per il tramite del proprio Comune di residenza, sui modelli di Domanda ed Elaborazione del Progetto, predisposti dalla Direzione Regionale competente, allegato al presente avviso, unitamente alla seguente documentazione:

- a) certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate);
- b) proposta di piano personale che illustra le esigenze personali e gli obiettivi di massima che si intendono soddisfare;
- c) piano economico generale di spesa preventivato in base al monte di assistenza previsto;
- d) attestazione ISEE in corso di validità, socio sanitario dove la composizione del nucleo familiare lo consente.

Via Monte Velino, 61 – 67051 AVEZZANO (AQ) – Tel. 0863/22143 – 25244 – Fax 0863/070567
 e-mail: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale1@montagnamarsicana.it
 pec: montagnamarsicana@pec.it

Cod. Fiscale e P.I. 01842400663

2. La richiesta e il relativo progetto devono essere sottoscritti dall'utente, o in caso di impossibilità, dal suo legale rappresentante.
3. In base a quanto contenuto nella Delibera di G.R. n. 759 del 15.12.2017 viene stabilito in f 20.000,00 l'ammontare massimo del valore I.S.E.E. quale limite di reddito utile a consentire l'ammissibilità ai benefici della L.R. in argomento, ISEE in corso di validità (socio sanitario dove la composizione del nucleo familiare lo consente).

VOCI DI SPESA AMMESSE AL FINANZIAMENTO

1. Sono ammesse a finanziamento le seguenti tipologie di spesa:
 - a) somme corrisposte all'assistente personale per le prestazioni fornite, in base al tipo di rapporto di lavoro instaurato e al rispetto del CCNL di riferimento;
 - b) contributi previdenziali ed assicurativi previsti per legge;
 - c) eventuali spese di vitto/alloggio nel caso di effettuazione del servizio fuori della sede di residenza;
 - d) spese di rendicontazione per una quota massima del 10% di ciascun progetto.
2. L'ECAD esercita la vigilanza ed il controllo sull'attività svolta dall'operatore nei confronti dell'utente e verifica, anche sulla base del gradimento dichiarato dall'utente stesso, l'efficacia dell'intervento rispetto alle finalità auspiccate.

La domanda di "Progetto di Vita Indipendente", annualità 2022, redatto su apposito modello regionale, deve essere presentata, entro il 31 GENNAIO 2022 mediante:

- consegna diretta presso l'Ufficio Protocollo della Comunità Montana Montagna Marsicana – ECAD N.2 – Via Monte Velino n.61 - Avezzano 67051 (AQ) nei seguenti giorni e orari di apertura al pubblico: dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30;
- a mezzo PEC al seguente indirizzo: montagnamarsicana@pec.it

L'INTERESSATO PUO' CONSEGNARE LA DOMANDA ANCHE PRESSO IL PROPRIO COMUNE DI RESIDENZA SEMPRE ENTRO IL 31 GENNAIO 2022. SARA' COMPITO DEL COMUNE DI RESIDENZA INVIARE LE RICHIESTE, DEBITAMENTE PROTOCOLLATE IN ARRIVO, ALL'ECAD MONTAGNA MARSICANA ENTRO IL 05 FEBBRAIO 2022.

IL SERVIZIO DI SEGRETARIATO SOCIALE DEL COMUNE DI RESIDENZA RESTA A DISPOSIZIONE PER OGNI EVENTUALE INFORMAZIONE.

Via Monte Velino, 61 – 67051 AVEZZANO (AQ) – Tel. 0863/22143 – 25244 – Fax 0863/070567
 e-mail: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale1@montagnamarsicana.it
 pec: montagnamarsicana@pec.it

Cod. Fiscale e P.I. 01842400663

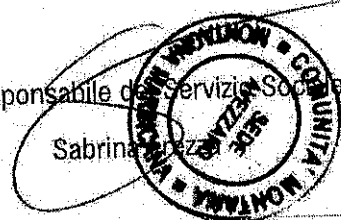
ALLEGATI AL PRESENTE AVVISO:

A) Modello di domanda di progetto di vita indipendente

Avezzano, 11/01/2022

La Responsabile del Servizio Sociale

Sabrina Pezza



Via Monte Velino, 61 - 67051 AVEZZANO (AQ) - Tel. 0863/22143 - 25244 - Fax 0863/070567
e-mail: ufficiosociale@montagnamarsicana.it - sociale1@montagnamarsicana.it
pec: montagnamarsicana@pec.it

Cod. Fiscale e P.I. 01842400663

Allegato A)

All'Ente Ambito Territoriale Sociale n. _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ provincia _____ via/piazza _____ n° _____
tel. _____ fax _____ e-mail _____
Codice fiscale _____

CHIEDE

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE"

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ Prov. _____ via/piazza _____ n° _____
tel. _____ fax _____ e-mail _____
Codice fiscale _____

In qualità di:

- ☐ Familiare
☐ Tutore
☐ Amministratore di sostegno
☐ Altro (specificare) _____

CHIEDE

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE"

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ Prov. _____ via/piazza _____ n° _____
tel. _____ fax _____ e-mail _____
Codice fiscale _____



PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucleo familiare		
Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto
--

- ☐ Studente
 ☐ Lavoratore/trice
 ☐ Disoccupato/a
 ☐ Pensionato/a
 ☐ Altro



Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- ☐ Da solo
 ☐ In famiglia
 ☐ In comunità
 ☐ Altro

Usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
☐ Servizio assistenza domiciliare (AD)					
☐ Assistenza infermieristica					
☐ Assistenza domiciliare integrata (ADI)					
☐ Servizio di aiuto alla persona					
☐ Assegno di cura					
☐ Trasporto					
☐ Buoni servizi					
☐ Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato					

Tipologia	Pub.	Pri.	Con.	Tem.	Ore settimanali
☐ Centro diurno/laboratorio					
☐ Inserimento lavorativo e/o formativo					
☐ Servizio socio-assistenziale scolastico e/o servizio socio-educativo scolastico e/o extrascolastico					
☐ Telesoccorso/teleassistenza					
☐ Assegno di disabilità gravissima					
☐ Altro					

Legenda: Pub.=pubblico; Pri.=privato; Con.=continuativo; Tem.= temporaneo

Assistenza e cura svolta dai familiari



Lined area for handwritten notes or signatures.



In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree

Area autonomia personale

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ alzarsi dal letto | ☐ uso del wc | ☐ lavarsi il viso |
| ☐ lavarsi le mani | ☐ lavarsi i capelli e pettinarsi | ☐ igiene intima |
| ☐ fare il bagno o doccia | ☐ vestirsi o spogliarsi | ☐ assistenza notturna |
| ☐ semplici interventi sanitari | ☐ gestione catetere | ☐ gestione degli ausili |
| ☐ coricarsi | ☐ mangiare, bere | ☐ altro |

Area autonomia domestica

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ pulire la casa | ☐ preparare i pasti | ☐ fare la spesa |
| ☐ gestire la presenza di ospiti | ☐ altro | |

Area autonomia socio-lavorativa

- | | |
|--|--|
| ☐ spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione | ☐ guida del mezzo a disposizione |
| ☐ utilizzo dei mezzi pubblici accessibili | ☐ partecipazione attività culturali |
| ☐ attività relativa al tempo libero | ☐ disbrigo di pratiche burocratiche |
| ☐ utilizzo strumenti informatici | ☐ accompagnamento fuori casa |
| ☐ assistenza sul posto di lavoro | ☐ assistenza in ambito scolastico/universitario |
| ☐ attività sportive | ☐ attività culturali |
| ☐ attività di tempo libero | ☐ viaggi |

Assistenza personale

n. _____ ore settimanali, per n. _____ settimane. Totale complessivo ore _____

Periodo in cui viene realizzato l'intervento: dal mese di _____ al mese di _____

Assunzione dell'assistente familiare

(barrare solo una delle due caselle)

- ☐ avvenuta in data _____ (è obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro);
- ☐ si garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare successivamente, dopo la comunicazione di ammissione al contributo, da parte dell'ATS (Ambito Territoriale Sociale).

Costo complessivi del progetto:

€ _____

Eventuale contributo della famiglia o di terzi:

€ _____

Totale richiesta finanziamento:

€ _____

Il/la sottoscritto/a, informato/a 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 e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le 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 all'Ufficio di segreteria dell' Ente di Ambito Sociale:

- Si impegna a comunicare all'EAS l'eventuale ricovero del diretto interessato
- Allega alla presente domanda:
 - ☐ Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);
 - ☐ Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
 - ☐ Certificato di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
 - ☐ Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.
- Dichiaro, in caso di ammissione a finanziamento, di rinunciare ad ogni altra forma di contribuzione economica disposta dalla Regione Abruzzo.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs..

Modalità di pagamento

BANCA _____ Agenzia _____

Conto corrente n° _____ Intestato a : _____

Codice IBAN : _____

Conto Corrente Postale n° _____ intestato a _____

Codice IBAN : _____

(Data e firma)

Consenso al trattamento dei dati sensibili

Il/la sottoscritto/a _____, ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti comunali in materia.

(Data e firma)

