

Allegato A

CRITERI PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI ASSEGNI DI SOLLIEVO O BUONO SERVIZIO A FAVORE DI FAMIGLIE CHE ASSISTONO PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

1) DESTINATARI

Anziani, minori disabili, adulti disabili, persone adulte in condizione di fragilità, secondo i requisiti di cui al successivo punto 2).

2) REQUISITI

- Anziani con Invalidità Civile pari al 100% o in attesa di visita (in possesso di documentazione che attesti la condizione di non autosufficienza)
- Minori Disabili in carico a servizi specialistici e/o con certificazione in base alla L.104/92 e DGR 2248/07
- Adulti Disabili psico-fisici (con riconoscimento della "condizione di handicap" L.104/92 art. 3)
- Persone adulte in condizione di temporanea fragilità socio-sanitaria documentata (x.es. malati terminali, politraumatizzati, psichiatrici, persone con temporanea disabilità)
- Attestazione ISEE inferiore a da aggiornare in conformità al limite ISEE previsto per l'Assegno di Cura

3) CRITERI PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA

Per ciascuna domanda verrà assegnato un punteggio in base al parametro previsto nella Scheda S.VA.M.A. del "Supporto Rete Sociale". Le domande saranno ordinate in apposita graduatoria comunale redatta trimestralmente, secondo ordine decrescente di punteggio. A parità di punteggio avrà priorità il beneficiario con ISEE inferiore.

Viene data precedenza ai richiedenti che non beneficiano di altri trasferimenti monetari comunali o regionali e/o servizi comunali e aziendali sociali e socio-sanitari (SAD, Centri Diurni, Tirocini Formativi Sociali, SISS).

4) IMPORTO DEL CONTRIBUTO

Il contributo viene erogato al cittadino, previa elaborazione di un apposito progetto concordato tra l'interessato/famiglia e l'Ufficio Servizi Sociali del Comune e la stesura di apposito "contratto sociale" tra i due soggetti.

L'ammontare del *buono servizio*, utile per ricoveri temporanei, viene quantificato nella differenza tra il reddito mensile percepito e la retta di ricovero fino ad un massimo di € 600,00 mensili per una durata massima di 3 mesi.

L'*assegno di sollievo* potrà, invece, avere un importo massimo di € 260,00 mensili per 3 mesi, secondo le seguenti modalità:

Punteggio S.VA.M.A. - Supporto della rete -	Importo Assegno
Da 0 a 80 (sufficiente)	€ 130,00
Da 85 a 160 (parzialmente sufficiente)	€ 220,00
Da 165 a 240 (insufficiente)	€ 260,00

Il contributo potrà essere rinnovabile di altri 3 mesi.

ALLEGATO B

AL SIG. SINDACO DEL
COMUNE DI

INTERVENTI ECONOMICI TEMPORANEI O STRAORDINARI
DI SUPPORTO ALLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO
A CASA PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(Piano di Zona dei Servizi alla Persona e Piano Locale della Domiciliarità Area Anziani 2007/2009)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____ nel Comune o Stato estero di _____ prov. _____

e residente in _____ prov. _____, CAP _____

via _____, n. _____, n. telefono _____/_____

codice fiscale _____,

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico temporaneo o straordinario di supporto alle famiglie che assistono a casa persone in condizione di non autosufficienza

A tal fine, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

Dati anagrafici della persona con disabilità o non autosufficiente

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ prov.

Residente in _____ prov. _____

via _____ n. ____ Codice fiscale _____

➤ Risulta in possesso di:

- Invalidità civile (verbale del ___/___/___);
- Indennità di accompagnamento;
- Certificazione L. 104/92 art. 3 c. 1- stato di handicap;
- Certificazione L. 104/92 art. 3 c. 3 - stato di handicap grave;
- Altro _____

➤ Usufruisce di:

- Assegno di cura;
- Progetto Vita indipendente;
- L.162/98
- altri contributi, specificare _____ ;
- altri servizi del Comune e/o dell'Azienda ULSS:
 - Assistenza domiciliare
 - Assistenza domiciliare integrata
 - assistenza infermieristica
 - frequenza ai centri diurni;
 - SISS;
 - SIL;
 - Altro, specificare (_____)

- Dichiaro che l'ISEE, riferito al nucleo familiare della persona assistita, disabile o non autosufficiente nell'anno _____ è di € _____
- Si impegna a comunicare tempestivamente all'Assistente Sociale referente per il Comune di residenza, ogni variazione relativa allo stato personale ed economico del familiare (modificazione del reddito, cambio di residenza, decesso); resta disponibile a ulteriori accertamenti ed integrazioni documentali.
- Si impegna a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare l'assistenza a favore del proprio familiare al suo domicilio, secondo il progetto personalizzato concordato.
- Qualora il contributo venga assegnato, si chiede che lo stesso venga erogato:
 - al richiedente
 - al beneficiario
 - alla persona di cui si riportano i dati:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ prov. _____

Residente in _____ prov. _____

via _____ n. _____ Codice fiscale _____

➤ Il contributo potrà essere liquidato con la seguente modalità:

- tramite assegno bancario
- Mandato di pagamento presso _____
- accredito su conto corrente:
 - Intestato a _____
 - Banca/Istituto _____
 - C/C Bancario n. _____
 - Coordinate: ABI _____ CAB _____ CIN _____

Allega copia del documento di identità (del dichiarante).

Data _____

IL DICHIARANTE

Allegato D

CONTRATTO SOCIALE

L'anno _____, addì _____ del mese di _____ in _____

TRA

L'Assistente Sociale _____ in rappresentanza del Comune di _____

E

Il/la sig./sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

(In qualità di _____ del sig./sig.ra _____)

Preso atto della situazione socio-assistenziale in cui si trova il nucleo familiare del sig./sig.ra _____ in base a quanto valutato dall'Assistente Sociale attraverso la scheda di valutazione di cui si allega copia;

concordano quanto segue

Progetto personalizzato

La garanzia di adeguata assistenza con le seguenti modalità:

Assistenza domiciliare privata

Servizio di trasporto

Ricovero temporaneo per il periodo di mesi _____

Accesso al Centro Diurno per il periodo di mesi _____

Altro _____

Diritti e doveri dalla persona/famiglia

- La persona/famiglia viene informata e corresponsabilizzata sul progetto d'intervento che la riguarda;
- Si impegna a garantire le risorse umane necessaria ad assicurare l'assistenza a favore del proprio familiare al suo domicilio, secondo il progetto personalizzato concordato;
- Per quanto possibile presta collaborazione e verifica l'attuazione del progetto d'intervento;
- Ai fini della valutazione dell'intervento, alla persona è garantita l'opportunità di comunicare con il responsabile del progetto anche in modo informale;
- Segnala eventuali inadempienze ed irregolarità nella realizzazione del progetto di intervento che la riguarda;
- Attesta la spesa presentando la specifica documentazione di riscontro;

- Si impegna a comunicare tempestivamente all'Assistente Sociale referente ogni variazione relativa allo stato personale ed economico del familiare (modificazione del reddito, cambio di residenza, decesso);

Doveri dell'Amministrazione Comunale

Per quanto riguarda l'**assegno di sollievo** l'Amministrazione Comunale si impegna a corrispondere mensilmente la quota di €. _____, per un periodo di _____ mesi, eventualmente prorogabili, su presentazione della documentazione di riscontro da parte del beneficiario.

Per quanto riguarda il **buono sollievo** l'Amministrazione Comunale si impegna a corrispondere la quota mensile di €. _____ per mesi _____ al fine di garantire l'accesso al ricovero temporaneo o Centro Diurno;

Cessazione, variazione del progetto

L'erogazione del contributo economico potrà cessare in seguito a :

- risoluzione della situazione problematica;
- decesso.

Il Servizio Sociale, in collaborazione con i potenziali beneficiari, si avvale della facoltà di prorogare il periodo di erogazione del contributo, fino ad un massimo di sei mesi a causa del protrarsi del bisogno assistenziale, relativamente all'Assegno di Sollievo;

Validità del progetto personalizzato concordato

Il presente contratto ha validità di mesi tre, eventualmente prorogabili a seguito di valutazione dell'assistente Sociale da effettuarsi in data _____

Letto,
Approvato,
Sottoscritto.

L'Assistente Sociale

Il Beneficiario

_____, li _____

Rivalutazione

Il sig. _____ ha portato non ha portato la documentazione di riscontro;

- Ha ricevuto/fornito l'assistenza necessaria prevista dal progetto personalizzato;
- Non ha ricevuto/fornito l'assistenza necessaria prevista dal progetto personalizzato;
- Necessita di ulteriori _____ mesi di beneficio per i seguenti motivi:

L'Assistente Sociale

Il Beneficiario

_____ li _____