



AMBITO SOCIO - TERRITORIALE N. 1 "ALTO BASENTO"
Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio Sanitari



Comune di Pietragalla
Ente Capofila

R.P. nr. 217
31/3/2021
Scadenza 30/4/2021

Allegato 1

COMUNE DI PIETRAGALLA
CAPOFILA DELL'AMBITO SOCIO-TERRITORIALE N. 1 "ALTO BASENTO"

SCHEMA DI AVVISO PUBBLICO

LA COORDINATRICE/RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO

Vista la Determinazione n. 31 del 29.03.2021 del Responsabile dell'Ufficio di Piano

rende noto

che, ai sensi e per gli effetti della Deliberazione del Consiglio Regionale n. 588 del 28/09/2009, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

ASSEGNO DI CURA

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

1. FINALITÀ DELL'ASSEGNO DI CURA

L'assegno di cura è un intervento sperimentale mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona non autosufficiente, evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona non autosufficiente nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

L'assegno di cura viene concesso per interventi:

- rivolti alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente (Assegno di tipo A);
- rivolti alla famiglia che si avvale, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari, nell'ottica della conciliazione tra lavoro, impegno e attività di cura e realizzazione della vita personale (Assegno di tipo B);
- a sostegno del progetto di vita indipendente della persona non autosufficiente, perché provveda direttamente ad acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da familiari o da altri (Assegno di tipo C).

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009 le persone non autosufficienti e le famiglie che assicurano ai propri familiari non autosufficienti la necessaria assistenza al domicilio, che siano residenti in Basilicata da almeno 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente Avviso, in possesso dei seguenti requisiti:

- condizione di non autosufficienza valutata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) del Servizio di A.D.I. e comprovata dalle competenti commissioni mediche per l'accertamento dello stato di invalidità di cui alla Legge n. 18 del 11/02/1980 così come riportato ai punti 5, 6 e 12 del verbale di Commissione Medica;



Allegato 1

- condizione economica del nucleo familiare della persona non autosufficiente rilevata dalla certificazione I.S.E.E 2021, non superiore ai € 10.635,30.

Per essere destinataria dell'assegno di cura di tipo A, la famiglia deve essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona non autosufficiente, ovvero garantire presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

3. ENTITÀ DELL'ASSEGNO

L'importo mensile dell'assegno di cura, che integra l'indennità di accompagnamento, di tipo B e di quello di tipo C è di € 300,00.

Tale importo è ridotto del 20% nel caso dell'assegno di tipo A.

Il contributo è concesso su base mensile e non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

Il diritto dei beneficiari al contributo economico decorre dal mese di presentazione della domanda. In caso di subentro il diritto del beneficiario subentrato decorre dal mese di sottoscrizione del PAI. Il contributo economico sarà erogato mensilmente, compatibilmente con le risorse disponibili, dal Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accredito su conto corrente bancario.

Il contributo non è cumulabile con i benefici economici di altri programmi di sostegno alla disabilità quali, senza pretesa di esaustività, il contributo per persone affette da SLA di cui alla D.G.R. n. 256/2013, il contributo per persone in Stato vegetativo di cui alla D.G.R. n. 1016/2013, il contributo alle persone in condizione di disabilità gravissima di cui alle DD.G.R. n. 1037 dell'11/10/2018 e n. 1100 del 30/10/2018, ecc.

4. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare per via elettronica la domanda di Assegno di Cura, il cui modello è presente negli allegati A, B e C del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale <https://assegnodicura.regione.basilicata.it> o rivolgendosi all'Ufficio Sociale del Comune di residenza.

La domanda compilata on line dovrà essere stampata in triplice copia utilizzando la funzione stampa finale del sistema telematico.

Le tre copie stampate e firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, devono essere consegnate a mano o per PEC-Posta Elettronica Certificata al Comune di residenza della persona non autosufficiente entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente avviso.

Per le domande consegnate a mano farà fede timbro e data di accettazione del Comune di residenza che rilascerà al richiedente, quale ricevuta, una delle tre copie della domanda. Per le domande trasmesse a mezzo PEC indicare nell'oggetto "RICHIESTA ASSEGNO DI CURA PER NON AUTOSUFFICIENTI" e farà fede la data di consegna.

La domanda non sarà accettata se:

- non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;
- risulterà stampata in versione bozza; • risulterà modificata e/o integrata a mano.

Il richiedente può presentare domanda per una sola delle tipologie di assegno. Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;



Allegato 1

- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente attestante il valore non superiore a € 10.635,30;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente Avviso, accompagnato da un'autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A) o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari o di altre persone (Assegno di tipo B o di tipo C);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con uno o più familiari o assistenti familiari (solo nel caso la persona non autosufficiente sia già assistita da familiari o assistenti familiari o da altre persone e richieda l'assegno di tipo B o di tipo C).

5. DEFINIZIONE DELLA GRADUATORIA COMUNALE DEI POTENZIALI BENEFICIARI

Il Comune riceve le domande, ne verifica l'ammissibilità e stila la graduatoria dei potenziali beneficiari, mediante apposita istruttoria affidata agli uffici comunali competenti, entro 60 giorni dalla scadenza dell'Avviso Pubblico sulla base dei criteri di seguito definiti.

Ai fini della compilazione della graduatoria dei potenziali beneficiari le fasce di reddito, riferite al calcolo I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, sono come di seguito definite insieme ai relativi punteggi:

<i>Fasce reddito familiare (ISEE)</i>	<i>Punteggio</i>
Fino a € 5.317,65	3
da € 5.317,66 a € 7.976,47	2
da € 7.976,48 a € 10.635,30	1

In caso di parità di punteggio viene data priorità in ordine di importanza:

1. alle persone sole che intendono avvalersi, a titolo oneroso, di assistenti familiari;
2. alle persone la cui famiglia intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari;
3. alle persone più anziane.

La graduatoria avrà validità per la durata dell'Avviso.

6. INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI

In relazione al numero degli assegni erogabili, sulla base delle risorse finanziarie disponibili per l'Ambito, il Comune, entro 5 giorni dall'approvazione della graduatoria dei potenziali beneficiari, invia all'Ufficio Sociale del Comune capofila competente di Ambito Socio-Territoriale un numero doppio di fascicoli relativi alle domande di cittadini utilmente collocati in graduatoria per l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) del Servizio A.D.I. dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, integrata dall'Assistente Sociale del Comune interessato.

L'UVM, entro 45 giorni dalla data di trasmissione dei fascicoli, redige un verbale in cui individua l'elenco dei beneficiari sulla base dei criteri e le modalità indicati all'ultimo paragrafo del presente punto.



Allegato 1

Sulla base del verbale dell'UVM il Comune, con specifico atto amministrativo, procede, nei 5 giorni successivi, all'approvazione e alla pubblicazione dell'elenco definitivo dei beneficiari, comprensivo dell'eventuale lista di attesa, dell'Assegno di Cura.

L'eventuale sostituzione dei beneficiari, in relazione al numero degli assegni erogabili, avverrà attraverso un nuovo processo di valutazione da parte dell'UVM che riguarderà un numero doppio di nominativi inseriti utilmente nella graduatoria comunale.

L'UVM, attivata secondo le procedure sopra descritte, individua i beneficiari dell'assegno di cura utilizzando i criteri e le modalità definite nelle DD.GG.RR. n. 1655 del 30/07/2001 "Approvazione delle linee-guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" e n. 862 del 10/06/2008 "D.G.R. n. 1655 del 30.07.2001 - Approvazione delle nuove linee-guida per l'erogazione del Servizio di Cure Domiciliari nella Regione Basilicata".

7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Dopo la pubblicazione dell'elenco definitivo dei beneficiari di ciascun Comune, il Servizio Sociale del Comune, entro 10 giorni dalla data di pubblicazione, incontra i beneficiari ed avvia la procedura di "presa in carico" verificando i dati esposti nella domanda di partecipazione al programma, illustrando le caratteristiche del Programma ed acquisendo il consenso del beneficiario o del care giver alla predisposizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), come disposto dal punto 5.8 della Direttiva approvata con D.C.R. n. 588 del 28/09/2009.

Al termine dell'incontro sarà redatto un verbale sottoscritto dalle parti.

Il PAI sarà redatto ed approvato entro e non oltre 40 giorni dalla pubblicazione dell'elenco definitivo dei beneficiari di ciascun Comune. La mancata sottoscrizione entro i termini prescritti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo economico. L'erogazione del contributo economico sarà riattivata dal mese successivo all'avvenuta firma. La firma del PAI non dà luogo al riconoscimento di arretrati in caso di subentro a seguito di esclusione di un beneficiario.

Le eventuali variazioni dell'elenco dei beneficiari da parte dei Comuni di residenza degli stessi dovranno essere registrate ed inviate tramite il sistema informativo del programma entro il giorno 10 di ogni mese al rispettivo Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale in tempo utile perché quest'ultimo possa predisporre i pagamenti.

Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

L'eventuale documentazione cartacea relativa alle variazioni intervenute dovrà essere inviata, immediatamente dopo tale registrazione nel sistema, al Comune Capofila.

8. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE

Il ricovero in struttura residenziale di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione dell'Assegno di Cura per la durata del ricovero stesso.

Il diritto al contributo cessa:

- con l'inserimento definitivo in struttura residenziale;
- con il trasferimento al di fuori del territorio regionale;
- con il decesso;
- con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
- con la richiesta di rinuncia da parte del beneficiario o di colui/colei che ha presentato la domanda. Nel caso di cambio di residenza del beneficiario all'interno del territorio regionale, lo stesso rimane inserito nell'elenco del Comune che ha originariamente concesso l'assegno di cura.



Allegato 1

Sono applicabili all'assegno di cura anche le cause di esclusione o di sospensione previste per l'indennità di accompagnamento.

Il beneficiario o chi per lui si impegna a comunicare in autocertificazione secondo le normative vigenti qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro i 30 giorni successivi al Comune di residenza.

9. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, il Comune di PIETRAGALLA (con sede in Via Cadorna, 6 - Telefono: 0971-944311 Fax: 0971-944309 - C.F. 00953050762 - P.Iva: 00953050762 - E-mail: protocollo@comune.pietragalla.pz.it - pec: protocollo@pec.comune.pietragalla.pz.it), tratterà i dati personali conferiti per la presente procedura/contratto, per le finalità per le finalità di cui all'art 6 par 1 lett. "b", "c", "e" previste dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD). Il conferimento dei dati personali identificativi, e quelli di cui all'art 9 par 1 e art 10 del Regolamento UE 679/2016 richiesti o raccolti dall'Ente è obbligatorio. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla gestione della procedura nonché, successivamente, per finalità di archiviazione secondo le vigenti disposizioni in tema di documentazione amministrativa.

I dati saranno comunicati agli enti pubblici previsti dalla normativa per la verifica dei requisiti soggettivi ed oggettivi nonché negli altri casi previsti dalla normativa ivi compresa la pubblicazione nelle pagine dell'Ente (Amministrazione Trasparente, Albo Pretorio e simili) o in banche dati nazionali. I dati saranno trasmessi ad altri soggetti (es. controinteressati, partecipanti al procedimento, altri richiedenti) in particolare in caso di richiesta di accesso ai documenti amministrativi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda, di opporsi al trattamento) e, ricorrendone i presupposti, ha, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste (artt. 15 e ss. del RGPD). L'apposita istanza all'Autorità è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati domiciliato per il servizio presso la residenza comunale, alla email: dpo@sicurezzadpo.it).

Questa informativa, resa in forma semplificata, potrà essere consultata in forma completa nella sezione privacy del sito <http://www.comune.pietragalla.pz.it/> o fornita contattando il titolare del trattamento a: protocollo@comune.pietragalla.pz.it.

Il Responsabile del Procedimento è la Dott.ssa Anna Antonietta Ventura, Coordinatrice /Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio-Territoriale n.1 "Alto Basento".

Informazioni ulteriori possono essere richieste all'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio-Territoriale n.1 "Alto Basento", al numero 0971-944336 e a mezzo Pec all'indirizzo ufficiodipiano@pec.comune.pietragalla.pz.it

Pietragalla, li 29/03/2021

LA COORDINATRICE/RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO

Dott.ssa Anna Antonietta VENTURA



Allegato "A"

ASSEGNO DI CURA TIPO "A"

(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "A"

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

- a.** che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b.** l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare non autosufficiente presso il suo domicilio;
- c.** l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d.** di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e.** che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____



Allegato "A"

2. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede _____
Luogo, _____ Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- attestazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A);
- documento di identità valido del dichiarante.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)



Allegato "B"

ASSEGNO DI CURA TIPO "B"
(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____ del _____
-------------------------------------	-----------------------------

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "B"

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. che la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;

ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____



Allegato "B"

nato/a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:

- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/____

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*)

ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:

- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/____

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____

IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.



Allegato "B"

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____ Data ___/___/_____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Assegno di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)



AMBITO SOCIO - TERRITORIALE N. 1 "ALTO BASENTO"
Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio Sanitari



Comune di Pietragalla
Ente Capofila

Allegato "C"

ASSEGNO DI CURA TIPO "C"

(supporto alla persona non autosufficiente che intende avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da familiari o da altri)

Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____ del _____
-------------------------------------	-----------------------------

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/supporto istituzionale/altro (spec.)
(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "C"

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

- a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b. che il beneficiario:
 - intende acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da parte di familiari o di altri per sostenere il proprio progetto di vita indipendente;
 - ovvero
 - sostiene gli oneri per l'assistenza alla propria persona da parte di familiari o di terzi;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ____/____/____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____



AMBITO SOCIO - TERRITORIALE N. 1 "ALTO BASENTO"
Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio Sanitari



Comune di Pietragalla
Ente Capofila

Allegato "C"

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità **chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:**

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
		<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____ Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da parte di un familiare o di altri (Assegno di tipo C);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con un familiare o uno o più assistenti familiari o un'altra persona;
- documento di identità valido del dichiarante.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno



AMBITO SOCIO - TERRITORIALE N. 1 "ALTO BASENTO"
Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio Sanitari



Comune di Pietragalla
Ente Capofila

Allegato "C"

raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)