

COMUNE di FROSINONE**Settore del Welfare**

COMUNE di FROSINONE

10 SET 2015

ARRIVO PROT. N. 5039

Sindaci
 Ai Responsabili dei Servizi Sociali
 Comuni Distretto Sociale B
 Loro sedi

Oggetto: Det. Dir. n. G19296 del 30/12/2014 – Fondo Anno 2015. Trasmissione avviso pubblico per riapertura termini "interventi in favore di malati di SLA"

Con riferimento alla Determinazione regionale in oggetto, visto quanto deliberato dal Comitato dell'Accordo di Programma nella seduta del 23.07.2015, si trasmette in allegato avviso pubblico e modello di istanza per la riapertura dei termini relativi agli interventi in favore di malati di SLA, di cui si prega di dare massima diffusione a partire dal giorno 14.09.2015, anche mediante pubblicazione sui siti istituzionali di ciascun Comune.

In proposito si rammenta che le domande dovranno essere presentate da parte degli utenti direttamente all'Ufficio protocollo del Comune di Frosinone entro il 23 ottobre 2015.

Si resta a disposizione per ogni utile informazione.

Distintamente.

Il Dirigente
 Avv. Antonio Loreto

BAR-BAR
 Rif. : WELX - 946 - 2015 / WEL - 08-09-2015

RIAPERTURA TERMINI AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

SI RENDE NOTO

che la Regione Lazio, con Det. Dir. n. G19295 del 30/12/2014 ha finanziato la terza annualità (es. fin. 2015) del Programma di interventi in favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) – Azione 1 “Assistenza domiciliare e aiuto personale”, il cui scopo è facilitare e supportare la permanenza del paziente nel proprio contesto familiare.

Sono, pertanto, riaperti i termini per la presentazione delle istanze relative all’Avviso Pubblico del 09/05/2013, predisposto ai sensi della DGR n. 233/2012 e della Det. Dir. n. B08766/2012 e approvato dal Comitato dell’Accordo di Programma del Distretto Sociale B di Frosinone in data 29/04/2013.

BENEFICIARI

Possono presentare istanza di accesso agli interventi previsti, i cittadini residenti nei 23 Comuni afferenti al Distretto Sociale B di Frosinone (Amaseno, Amara, Boville Ernica, Castro dei Volsci, Ceccano, Ceprano, Falvaterra, Ferentino, Frosinone, Fumone, Giuliano di Roma, Morolo, Pastena, Patrica, Pofi, Ripi, San Giovanni Incarico, Strangolagalli, Supino, Torrice, Vallecorsa, Veroli e Villa Santo Stefano) con diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), certificata dai Presidi/Centri di riferimento regionali (per il Lazio: Policlinico “A. Gemelli” e Azienda Ospedaliera “San Filippo Neri”) e attestazione del livello di stadiazione della patologia.

Sono fatte salve le domande già presentate per le annualità precedenti e ammesse agli interventi previsti; gli utenti già fruitori del beneficio dovranno produrre idonea dichiarazione, reperibile presso l’Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, ai fini dell’aggiornamento dei progetti di intervento individuali.

INTERVENTI

Il presente Avviso Pubblico prevede l’attivazione di interventi a sostegno della domiciliarità e di riconoscimento del lavoro di cura di familiari/caregiver, tramite l’erogazione di un contributo economico denominato “assegno di cura”.

L’assegno di cura dovrà essere finalizzato a realizzare uno dei seguenti interventi:

- assistenza domiciliare indiretta tramite assunzione di uno o più assistenti familiari (esterni alla rete familiare) adeguatamente formati, che svolgano attività di cura e aiuto al malato di SLA;
- riconoscimento economico per l’impegno assistenziale sostenuto dal familiare/caregiver, in favore del malato di SLA.

Gli interventi saranno realizzati mediante progetti di intervento concordati dal Distretto Sociale B e dalla ASL di Frosinone con i richiedenti, con verifica periodica dell’efficacia delle prestazioni. Nella gestione in forma indiretta l’utente è libero di scegliere i propri assistenti personali, regolarizzando il relativo rapporto mediante un contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente.

MODALITA’ DI EROGAZIONE

Il Distretto Sociale B corrisponderà all’utente il contributo economico, comprensivo di ogni onere correlato al servizio, secondo una cadenza temporale trimestrale. L’utente è tenuto a presentare, con pari cadenza trimestrale, una rendicontazione delle spese sostenute per l’assunzione dell’operatore (o degli operatori), opportunamente documentate.

In caso di ricovero dell'utente in RSA, hospice o servizi di sollievo, per un periodo superiore a 30 giorni, l'assegno di cura sarà sospeso per essere ripristinato alla fine del ricovero.

Il contributo economico non è alternativo agli interventi sanitari domiciliari garantiti ai cittadini, in base alle vigenti normative ed è assolutamente integrativo rispetto agli interventi socio-sanitari già in atto.

IMPORTI

Gli interventi previsti saranno erogati nei limiti delle risorse disponibili, assegnate dalla Regione Lazio al Distretto Sociale B; resta fermo quanto previsto dalla Det. Dir. n. B08766/2012 relativamente agli importi massimi dei contributi economici mensili da erogare al singolo utente affetto da SLA, sulla base della stadiazione della malattia, in caso di assistenza domiciliare tramite assunzione di uno o più assistenti familiari e in caso di riconoscimento del lavoro di cura del familiare/caregiver (50% dell'importo massimo indicato).

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

L'istanza di accesso al contributo economico, corredata dagli allegati richiesti, deve essere indirizzata al Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B, Ufficio Protocollo, Piazza VI Dicembre, snc. 03100 Frosinone e dovrà pervenire **entro il 23 ottobre 2015**. In caso di invio a mezzo del servizio postale, farà fede il timbro di spedizione.

L'istanza deve essere formulata, dal diretto interessato o da chi ne cura gli interessi, utilizzando il **"Modello di istanza per contributi economici SLA"** reperibile presso l'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, sito presso il Comune di Frosinone, Settore del Welfare, via Armando Fabi snc. Frosinone, tel. 0775 265452/455 fax 0775 265455, nelle giornate di lunedì, mercoledì e venerdì, con orario 9.00/12.00 o effettuando il download dal sito www.distrettosocialefrosinone.it

Ai precedenti recapiti è altresì possibile rivolgersi per ogni utile informazione; per contatti e-mail l'indirizzo è segreteria@distrettosocialefrosinone.it

Il Responsabile del procedimento è l'Avv. Antonio Loreto.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Al "Modello di istanza per contributi economici SLA" deve essere allegata la seguente documentazione:

1. certificazione di uno dei Presidi/Centri di riferimento regionali (per il Lazio: Policlinico "A. Gemelli", Policlinico "Umberto I", Aziende Ospedaliere "San Filippo Neri" e "San Camillo Forlanini") che documenti la diagnosi di SLA;
2. certificazione che attesti la stadiazione della malattia rilasciata dai suddetti Presidi/Centri di riferimento regionali, da strutture ospedaliere pubbliche che hanno in carico il paziente o dalle ASL che hanno in carico il paziente per prestazioni di tipo domiciliare;
3. autocertificazione dello stato di famiglia (secondo il modulo prestampato allegato al Modello);
4. documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
5. documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.

ISTRUTTORIA E AMMISSIONE

Acquisite le richieste pervenute, il Distretto Sociale B di Frosinone provvederà all'istruttoria amministrativa delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse; curerà inoltre, congiuntamente alla ASL di Frosinone, la successiva valutazione di merito costituendo apposita Commissione multidisciplinare. Infine, acquisito il Verbale di ammissione da parte della stessa, attiverà le procedure per l'erogazione del contributo richiesto, secondo le modalità previste dai progetti di intervento individuali.

Frosinone, 14 settembre 2015

Il Presidente dell'Accordo di Programma
Distretto Sociale B di Frosinone
Dr. Carlo Gagliardi

Al Comune di Frosinone
 Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone
 Piazza VI Dicembre, snc
 03100 Frosinone

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA
AVVISO PUBBLICO 14/09/2015 - DGR Lazio n. 233/2012 e Det. Dir. n.G19295/2014

MODELLO DI ISTANZA

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

familiare

tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

altro (specificare: _____)

in favore di: (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

- l'assegnazione del seguente contributo economico destinato ai malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA), di cui alle DGR Lazio n.233/2012 e Det. Dir. n. G19295/2014:
 - assegno di cura per assistenza domiciliare indiretta da realizzare tramite assunzione di uno o più assistenti familiari che svolgano attività di cura e aiuto personale;
 - riconoscimento economico per l'impegno assistenziale sostenuto dal familiare/caregiver.

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:

(Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____

Convivente: sì no

- di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____

prov. _____

il _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con accredito sul Conto Corrente

Bancario

Postale

(Codice IBAN 27 caratteri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c/o Banca/ Ufficio Postale _____

Sede/Agenzia _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi degli artt. 75 e 76, D.P.R. n. 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. 46 del suddetto D.P.R. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico del Distretto Sociale B di Frosinone del 14/09/2015, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Distretto Sociale B di Frosinone in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA

- Certificazione attestante la diagnosi di SLA rilasciata in data _____ da _____
- Certificazione attestante la stadiazione della patologia rilasciata in data _____ da _____
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n. ____ al Modello di istanza*)
- Documento di identità in corso di validità del richiedente (*se diverso dal beneficiario del contributo*)
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____

n. _____

Comune _____

CAP _____

Tel. _____

Fax _____

E-mail _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, 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; i dati 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 Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui al "*Programma attuativo degli interventi a favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica SLA*" della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 233/2012 e successivi provvedimenti attuativi, in particolare per il trasferimento dei dati raccolti per l'implementazione del Registro di patologia regionale (Azione 4 prevista dall'Allegato alla DGR n. 233/2012).

Luogo e data _____

Firma del richiedente

Allegato n. ___ al Modello di istanza per contributi economici SLA
Distretto Sociale B di Frosinone

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

beneficiario dell'istanza per contributi economici SLA

richiedente per conto di:

(cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. P. R. n.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.P.R.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra _____
residente in Via/Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____
è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma _____

RIAPERTURA TERMINI AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

SI RENDE NOTO

che la Regione Lazio, con Del. Dir. n. G19295 del 20/12/2014 ha finanziato la terza annualità (ex. fin. 2015) del Programma di interventi in favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) – Azione 1 "Assistenza domiciliare e aiuto personale", il cui scopo è facilitare e supportare la permanenza del paziente nel proprio contesto familiare. Sono, pertanto, **chiesti i termini per la presentazione delle istanze relative all'Avviso Pubblico del 09/05/2013, predisposto ai sensi della DGR n. 233/2012 e della Del. Dir. n. B08766/2012 e approvato dal Comitato dell'Accordo di Programma del Distretto Sociale B di Prosinone in data 29/04/2013.**

BENEFICIARI

Può essere presentata istanza di accesso agli interventi previsti, i cittadini residenti nei 25 Comuni afferenti al Distretto Sociale B di Prosinone (Aranza, Armano, Boville Ernica, Castro dei Volci, Ceccano, Capranica, Fara in Sabazia, Ferentino, Frosinone, Fregene, Gaeta, Lariano, Mottola, Pustia, Patrica, Prof. Rigo, San Giovanni Incasica, Strangolagalli, Suptio, Terracina, Vallecorsa, Veroli e Villa Santo Stefano) con diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), certificata dai Presidi/Centri di riferimento regionali (per il Lazio: Policlinico "A. Gemelli" e Azienda Ospedaliera "San Filippo Neri") e attestazione del livello di gravità della patologia. Sono date anche le domande già accettate per la possibilità di accedere agli interventi previsti, gli utenti già fruitori del beneficio dovranno produrre **Mezza dichiarativa, reperibile presso l'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Prosinone, ai fini dell'aggiornamento dei progetti di intervento individuali.**

INTERVENTI

Il presente Avviso Pubblico prevede l'attivazione di interventi a sostegno della domesticità e di riconoscimento del lavoro di cura di familiari/caregiver, tramite l'erogazione di un contributo economico denominato "aiuto di cura".

L'assegno di cura dovrà essere finalizzato a realizzare uno dei seguenti interventi:

- assistenza domiciliare indiretta tramite assistenza di uno o più assistenti familiari (estesi alla rete familiare) adeguatamente formati, che svolgano attività di cura e aiuto al malato di SLA;
- riconoscimento economico per l'impegno assistenziale sostenuto dai familiari/caregiver, in favore del malato di SLA.

Gli interventi saranno realizzati mediante progetti di intervento concordati dal Distretto Sociale B e dalla ASL di Prosinone con i richiedenti, con verifica periodica dell'efficacia delle prestazioni. Nella gestione in forma indiretta l'utente è libero di scegliere i propri assistenti personali, regolizzando il relativo rapporto mediante un contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente.

MODALITA' DI EROGAZIONE

Il Distretto Sociale B corrisponderà all'utente il contributo economico, comprensivo di ogni onere correlato al servizio, secondo una **salute temporale trimestrale**. L'utente è tenuto a presentare, con pari cadenza trimestrale, una rendicontazione delle spese sostenute per l'assistenza dell'operatore (o dagli operatori), opportunamente documentate. In caso di ricorso dell'utente in RSA, hospice o servizi di salute, per un periodo superiore a 30 giorni, l'assegno di cura sarà sospeso per essere ripristinato alla fine del ricovero. Il contributo economico non è alternativo agli interventi sanitari domiciliari garantiti ai cittadini, in base alle vigenti normative ed è assolutamente integrativo rispetto agli interventi socio-sanitari già in atto.

IMPORTI

Gli interventi previsti saranno erogati nei limiti delle risorse disponibili, assegnate dalla Regione Lazio al Distretto Sociale B, resta fermo quanto previsto dalla Del. Dir. n. B08766/2012 relativamente agli importi massimi dei contributi economici mensili da erogare al singolo utente affetto da SLA, sulla base della valutazione della malattia, in caso di assistenza domiciliare tramite assistenza di uno o più assistenti familiari e in caso di riconoscimento del lavoro di cura del familiare/caregiver (50% dell'importo massimo indicato).

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

L'istanza di accesso al contributo economico, corredata dagli allegati richiesti, deve essere indirizzata al Comune di Prosinone, Capofila del Distretto Sociale B, Ufficio Protocollo, Piazza VI Dicembre, n. 03100 Frosinone e dovrà pervenire **entro il 23 ottobre 2015** in caso di invio a mezzo del servizio postale, sarà fede il timbro di spedizione. L'istanza deve essere firmata, dal diretto interessato o da chi ne cura gli interessi, utilizzando il "Modello di istanza per contributi economici SLA" reperibile presso l'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Prosinone, sito presso il Comune di Prosinone, Settore del Welfare, via Armando Fedi n. 1, Prosinone, tel. 0775 265452-455 fax 0775 265455, nelle giornate di lunedì, mercoledì e venerdì, con orario 9.00/12.00 e effettuando il download dal sito www.distrettosocialebprosinone.it. Ai precedenti recapiti è altresì possibile rivolgersi per ogni utile informazione, per contatti e-mail l'indirizzo è segreteria@distrettosocialebprosinone.it.

Il Responsabile del procedimento è l'Avv. Antonio Leotta.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Al "Modello di istanza per contributi economici SLA" deve essere allegata la seguente documentazione:

1. certificazione di uno dei Presidi/Centri di riferimento regionali (per il Lazio: Policlinico "A. Gemelli", Policlinico "Umberto I", Azienda Ospedaliera "San Filippo Neri" e "San Camillo Forlanni) che documenti la diagnosi di SLA;
2. certificazione che attesti la stadiazione della malattia rilasciata dai suddetti Presidi/Centri di riferimento regionali, da strutture ospedaliere pubbliche che hanno il carico del paziente o dalle ASL, che hanno in carico il paziente per prestazioni di tipo domiciliare;
3. autocertificazione dello stato di famiglia (secondo il modulo preesposto allegato al Modello);
4. documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
5. documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.

ISTRUTTORIA E AMMISSIONE

Acquisite le richieste pervenute, il Distretto Sociale B di Prosinone provvederà all'istruttoria amministrativa delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse; contestualmente alla ASL di Prosinone, la successiva valutazione di merito costituirà apposta Commissione multi-disciplinare. Infine, acquisito il Verbale di ammissione da parte della stessa, attiverà le procedure per l'erogazione del contributo richiesto, secondo le modalità previste dai progetti di intervento individuali.

Frosinone, 14 settembre 2015

Il Presidente dell'Accordo di Programma Distretto Sociale B di Prosinone
Dr. Carlo Cagliardi