

# *Consorzio Intercomunale dei Servizi e Interventi Sociali*

## *“Valle del Tevere”*

*Codice Fiscale 97874100585*

*Comuni di Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flaminio, Sacrofano, Sani'Oreste, Torrita Tiberina*

### **AVVISO PUBBLICO**

#### **PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

**(L. R. 20 del 23.11.2006) - SCADENZA 27 LUGLIO 2016**

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Vista la Legge Regionale del 23 novembre 2006, n. 20 concernente “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza”;

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162;

Vista la DGR 136/2014 che ha programmato le risorse dei Piani di Zona dei Distretti Socio-sanitari nel biennio 2012-2014 ed ha approvato le Linee Guida per la programmazione degli interventi di politica sociale familiare per l’anno 2014;

Visto il Piano Sociale di Zona del Distretto Socio-sanitario RM/F4 che contiene al suo interno (misura 3.1) la programmazione del progetto “Servizio per l’autonomia e per l’integrazione sociale della persona con disabilità in situazione di particolare gravità”;

Considerato che la spesa prevista per la realizzazione degli interventi oggetto del presente avviso, pari ad €140.387,12, è contenuta nel bilancio consortile;

Vista la delibera dell’Assemblea Consortile n. 2 del 25/05/2016 con la quale si approva il bilancio pluriennale del Consorzio “Valle del Tevere”;

Vista la Determinazione del Consorzio Valle del Tevere n...26 del 23.06.2016 di approvazione del presente Avviso Pubblico;

### ***SI RENDE NOTO***

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di un finanziamento a rimborso per programmi di assistenza domiciliare, da gestire in forma indiretta, a favore di persone disabili non autosufficienti ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3 e residenti nel territorio del Consorzio Valle del Tevere.

Il Progetto è parte integrante della programmazione sociale del Piano Sociale di Zona del Consorzio “Valle del Tevere”.

Saranno finanziati **n. 35** Piani di Assistenza, per un importo totale annuo pari ad **€ 4.000,00** (quattromila/00) **cadauno**, in base alle disponibilità del fondo a disposizione per tali interventi.

Possono presentare domanda di partecipazione tutte le persone e/o i loro familiari che, al momento della pubblicazione del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti:

- Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Consorzio;
- Essere in possesso di certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3;
- Età inferiore ai sessantacinque anni;
- Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) - annualità 2016-

### **Finalità dell’intervento e piani ammessi al finanziamento**

Saranno finanziati, ai sensi della L.R. 20/2006, interventi che avranno come finalità il sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale (anche della durata di 24 h e nei giorni festivi), mediante l'attivazione di Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.), da gestire in forma indiretta.

Prestazioni ammissibili al finanziamento:

- **Assistenza domiciliare nelle 24 ore** (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente);
- **Socializzazione e integrazione** (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento);

Resta intesa, trattandosi di un servizio di assistenza domiciliare indiretta, la totale libertà di scelta da parte dell'utente o di un suo familiare di stipulare un contratto di lavoro con soggetti privati e nel rispetto della vigente normativa in materia o in alternativa stipulare un contratto di assistenza con Enti del Terzo Settore e Cooperative Sociali.

Gli assistenti destinati al servizio **non potranno essere parenti e/o affini dell'utente entro il 3° grado di parentela.**

Il personale impegnato nelle attività, sia esso assunto in forma privata che attraverso un Ente/organismo, dovrà essere in possesso di qualifiche abilitanti al lavoro socio-assistenziale.

In caso di finanziamento dell'intervento l'utente o suo familiare dovrà presentare presso il **Servizio Sociale del comune di residenza**, entro e non oltre 30 giorni dall'approvazione della graduatoria definitiva, tutta la documentazione necessaria (contratto di lavoro con soggetti privati o convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi di Terzo Settore, P.A.I.) ai fini dell'attivazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

Il Servizio Sociale competente provvederà, entro 15 giorni dalla ricezione, a trasmettere all'Ufficio di Piano la documentazione ricevuta.

Tutte le attività, oggetto del P.A.I., dovranno avere una durata massima di un anno solare dal momento della sottoscrizione del contratto, sia esso in forma privata che attraverso Enti di Terzo Settore o Cooperative Sociali.

Non saranno finanziate prestazioni che abbiano finalità inerenti e/o correlate al "diritto allo studio" o di natura strettamente sanitaria.

Il finanziamento non è compatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria o sociosanitaria (R.S.A.- Casa Famiglia), in questo caso, l'utente o un suo familiare è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano, indicando la data dell'inserimento.

### **Termini e presentazione delle domande**

I modelli per le domande (All A), che avranno valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, e i moduli e le linee guida per la compilazione sono a disposizione presso:

- L'Ufficio di Servizi Sociali del Comune di Residenza;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel 0696669769 il martedì dalle ore 09:30 alle ore 13:30;
- Scaricabili dal sito istituzionale del Comune di Formello [www.comune.formello.rm.it](http://www.comune.formello.rm.it) sezione *Bandi e Avvisi*.

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;

- Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Certificazione di NON AUTOSUFFICIENZA;
- In caso di deficit intellettuale e/o motorio grave certificazione che lo attesti;
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- P.A.I. (All B) redatto dal Servizio Sociale del Comune di Residenza;
- Stato di famiglia o in alternativa l'autocertificazione di esso;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All C).

Alla data di approvazione della graduatoria definitiva, in caso di P.A.I. in continuità assistenziale, i piani 2015 devono ritenersi conclusi.

La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione, al protocollo generale dell' **Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere– Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM**, entro e non oltre le **ore 13.00** del giorno **27/07/2016**, tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE FINANZIAMENTO P.A.I. A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (L.R 20/2006) – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE**.

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante agenzie di recapito autorizzate, tramite PEC all'indirizzo [info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it), rimane a totale rischio del mittente.

Farà fede la data o l'ora apposte sul plico dall'addetto del protocollo generale del Consorzio.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito.

A seguito delle domande pervenute sarà elaborata, da una commissione socio-sanitaria all'uopo costituita, una graduatoria distrettuale sulla base dei punteggi assegnati.

La Commissione di valutazione, in caso di incongruità nella documentazione prodotta, si riserva di procedere con ulteriori accertamenti medico/sanitari.

Saranno finanziati n. 35 Piani, per un importo annuo totale di **€ 4.000,00** cadauno.

L'Ufficio di Piano, in caso di decesso, rinuncia o perdita dei requisiti di uno degli aventi diritto, procederà allo scorrimento della graduatoria. In tale ipotesi verranno attivati un numero di progetti fino alla concorrenza dei fondi assegnati e disponibili per gli interventi oggetto del presente avviso.

La graduatoria distrettuale definitiva sarà consultabile sul sito istituzionale del Comune di Formello [www.comune.formello.rm.it](http://www.comune.formello.rm.it)

### **Parità di punteggio**

A parità di punteggio prederà in graduatoria l'utente che avrà ottenuto il punteggio più alto in base alle singole voci inserite nella scheda di valutazione elaborata dal tavolo tecnico del 06/05/2016

In caso di ulteriore parità di punteggio verrà presa in considerazione la data e l'ora di arrivo della domanda all'Ufficio Protocollo del Consorzio.

### **Modalità di liquidazione del finanziamento**

L'erogazione del contributo avverrà a rimborso, con cadenza trimestrale, a seguito della presentazione da parte dell'utente o suo familiare della documentazione attestante le spese sostenute (busta paga, fattura dell'ente assistenziale) al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza. Il Servizio Sociale provvederà, a trasmettere all'Ufficio di Piano la documentazione di cui sopra. Inoltre, a conclusione del progetto il Servizio Sociale di residenza deve inviare all'Ufficio di Piano una relazione conclusiva.

Saranno rimborsate le sole spese sostenute per l'assistenza.

### **Casi particolari**

Eventuali modifiche alle modalità di erogazione del servizio, rispetto a quelle inizialmente previste, dovranno essere comunicate anticipatamente sia al Servizio Sociale competente sia all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

**Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.**

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso l'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza e/o presso l'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere, nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì alle ore 10:30-12:00 e il giovedì e martedì alle ore 15:30-17:00.

Telefono 06 90194606/607/608-

E- mail: [ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it](mailto:ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it)

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere

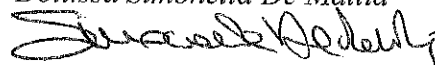
Tel. – 90194606 - Fax 06 9089577 –

E-mail [direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)

Prot.n. 702 del 27.06.2016

**Il Direttore**

Dott.ssa Simonetta De Mattia



ALLEGATO A

SPETT.LE  
CONSORZIO VALLE DEL TEVERE  
c/o COMUNE DI FORMELLO  
PIAZZA S. LORENZO , 8  
00060 FORMELLO RM

**DOMANDA**  
**PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI DI**  
**SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**  
**(L. R. 20 del 23.11.2006)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

ovvero **in qualità di familiare/tutore di:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione del finanziamento per l'attivazione di programmi di aiuto gestiti in forma indiretta, per un importo totale annuo pari a € **4.000,00**, finalizzato ad interventi di sostegno e in favore di persona con handicap grave, art. 3 comma 3 L. 104/92, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

## DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio;
2. di essere o di presentare domanda per conto di portatore di handicap in situazione di particolare gravità, ex art. 3, comma 3, L. 104/92;
3. di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti personali nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idonea convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi di Terzo Settore).
4. di impegnarsi a trasmettere, al servizio sociale del comune di residenza, la documentazione necessaria per l'avvio del progetto assistenziale entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro o convenzione);
5. che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
6. di impegnarsi a trasmettere, con cadenza trimestrale, al proprio servizio sociale, la rendicontazione delle spese sostenute per un totale annuo di € 4.000,00;
7. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità L.104/92

### Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Piano Assistenziale Individualizzato redatto in collaborazione con il Servizio Sociale del Comune di residenza (All B);
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All C);
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Stato di famiglia o in alternativa l'autocertificazione di esso;
- Certificazione di non autosufficienza;
- Eventuale certificato medico attestante deficit intellettivo e/o motorio grave.

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità commesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C**

**SPETT.LE**  
**CONSORZIO VALLE DEL TEVERE**  
**c/o COMUNE DI FORMELLO**  
**PIAZZA S. LORENZO , 8**  
**00060 FORMELLO RM**

**OGGETTO: Finanziamenti finalizzati ad interventi a sostegno in favore di persone non autosufficienti – L.R. 20/06 - Comunicazione estremi bancari.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

ovvero **in qualità di familiare/ tutore di:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

in caso di concessione del finanziamento di cui all'oggetto chiede che il contributo sia erogato mediante bonifico bancario e a tal fine ne comunica gli estremi:

Banca: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Dichiara di conoscere ed accettare le modalità di erogazione previste dall'avviso pubblico.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_