

<i>ISCHIA</i>	<i>CASAMICCIOLA TERME</i>	<i>LACCO AMENO</i>	<i>FORIO</i>	<i>SERRARA FONTANA</i>	<i>BARANO D'ISCHIA</i>	<i>PROCIDA</i>
						

AMBITO SOCIALE N13

UFFICIO DI PIANO

Prot. n. 684/UDP

AVVISO PUBBLICO ASSEGNO DI CURA

**a favore di disabili gravissimi ovvero “persone in
condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile 24
ore su 24” ex art. 3 del D.M. 20.3.2013**

**Regione Campania - A.G.C. Dipartimento 54 - Direzione Generale 12 - U.O.D. 2 Decreto
Dirigenziale n. 884 del 29/09/2014 (BURC n. n. 69 del 6 Ottobre 2014).**

Sono state adottate dalla Regione Campania - con Decreto Dirigenziale n. 884 del 29.09.2014 - le “INDICAZIONI OPERATIVE PER L'EROGAZIONE DI ASSEGNI DI CURA II ANNULITA' DEL P.S.R.”. La Regione promuove per la II annualità del P.S.R. un programma di assegni di cura finanziato con il FNA 2013 al fine favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti - disabili gravissimi ovvero “persone in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile 24 ore su 24” ex art. 3 del D.M. 20.3.2013 e sostenere le loro famiglie nel carico di cura.

Gli assegni di cura costituiscono un supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia e sono da intendersi come un contributo economico onnicomprensivo per sostenere economicamente i familiari che assistono direttamente e indirettamente i congiunti che si trovano in condizioni di malattia. Gli assegni sono finalizzati alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria.

Beneficiari dell'intervento sono le persone non autosufficienti senza distinzioni di patologie, con disabilità gravissime che necessitano di una assistenza continuativa e vigile 24 ore su 24, come definite dal Decreto Ministeriale di riparto del 20.3.13 come ad esempio persone affette da : - gravi patologie cronico degenerative non reversibili; - gravi demenze, - gravissime disabilità psichiche multi patologiche, - gravi cerebro lesioni, - stati vegetativi, etc.).

Per il 2014, indipendentemente dalle condizioni economiche dell'assistito e del suo nucleo familiare, la quota di assegno è definita in E. 700,00 mensili e la durata in massimo 12 mesi.

Gli assegni di cura sono erogati nell'ambito di progetti personalizzati sociosanitari di "Cure Domiciliari" definiti dalle U.V.I. Distrettuali, sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale effettuata mediante le schede S.V.A.M.A. e Svamdi.

Gli assegni sono erogati mediante bonifico bancario intestato alla persona ammalata o ad un suo tutore giuridico con cadenza bimestrale, alla conclusione di ciascun bimestre. Essi decorrono dalla data di definizione da parte dell'UVI del progetto personalizzato e pertanto possono essere erogati anche con valore retroattivo.

La data per l'accredito del primo bonifico bancario è fissata dal Comune Capofila entro i 60 giorni successivi alla data di notifica regionale del Decreto di liquidazione. Nel caso di utenti che già ricevono da parte dell'Ambito prestazioni di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" o compartecipazione alla spesa per RSA ex LEA, il primo assegno di cura deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni.

Le risorse. E' destinata da parte dell'Ambito N13 per l'applicazione del nuovo assegno di cura per non autosufficienti gravissimi prioritariamente la somma di €. 88.329,12, pari al 30% del FNA 2013 assegnato, come previsto dalla Regione.

Le domande ed i beneficiari. Le domande di "Assegno di Cura" annualità 2014 dovranno essere presentate unicamente, pena l'esclusione, presso i Comuni di residenza dell'Ambito N13, attraverso la compilazione, da parte del soggetto beneficiario (assistito) ovvero da altro soggetto richiedente, dell'istanza di accesso al contributo come da specifico modello all'uopo predisposto dall'Ufficio di Piano. Alla domanda deve essere allegata la documentazione attestante la diagnosi (rilasciata da struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del Servizio Sanitario Regionale campano o di altra Regione italiana, o con essi convenzionata), documento attestante il riconoscimento della disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 05.02.1992 n. 104 e la carta di identità in corso di validità del soggetto richiedente. A tal fine, prima di presentare istanza, è necessario che il nucleo familiare consulti il proprio Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta per una preliminare verifica in merito ai principali requisiti di accesso. Sarà cura dell'Ufficio comunale far pervenire celermente la documentazione presso l'Ufficio di Piano dell'Ambito N13 per la presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale e l'invio al Distretto Sanitario 36 ASL NA 2 NORD per la valutazione in UVI.

Le domande verranno valutate in ordine di arrivo al protocollo con l'assegnazione del beneficio economico fino ad esaurimento del finanziamento per €. 88.329,12.

Per informazioni, rivolgersi ai Comuni di residenza – Antenna Sociale e/o all' Ambito N13 - Comune Ischia - Ufficio di Piano, tel. 081.3333234-235-227, fax 081.3354396 e.mail sociale.ischia@tiscali.it.

Ischia, lì 28 ottobre 2014

Il Responsabile Settore Amministrativo-Gestionale
e Tecnico Professionale

Dott.ssa Concetta De Crescenzo



Il Coordinatore

Dott. Raffaele Montuori

**MODELLO DI ISTANZA DELL' ASSEGNO DI CURA PER LE DISABILITA' GRAVISSIME A FAVORE DI PERSONE
IN CONDIZIONE DI DIPENDENZA VITALE**

**All'Ambito Sociale N13
Comune di Ischia**

**per il tramite del
COMUNE DI**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____

N° _____ Codice Fiscale _____

Tel./Cell _____

In qualità di :

- FAMILIARE
- TUTORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- ALTRO (specificare) _____

CHIEDE

*l' erogazione dell' Assegno di Cura per le Disabilità gravissime ovvero a favore di
"persone in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile 24 ore su
24" ex art. 3 del D.M. 20.3.2013*

*Regione Campania - A.G.C. Dipartimento 54 - Direzione Generale 12 - U.O.D. 2
Decreto Dirigenziale n. 884 del 29/09/2014 (BURC n. n. 69 del 6 Ottobre 2014).*

A favore di : Sig. / Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via _____

N° _____ Codice Fiscale _____

Tel./Cell _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

A tal fine:

- **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 Segreteria dell'Ente di Ambito Sociale.**

Allega alla presente domanda

- **Documento attestante il riconoscimento della disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 05.02.1992 n. 104;**
- **Documentazione attestante la diagnosi (rilasciata da struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del Servizio Sanitario Regionale campano o di altra Regione italiana, o con essi convenzionata).**

DICHIARA

di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.

di essere stato assegnatario di prestazione di carattere "sociale" assegnata dal Comune o definita in sede di U.V.I. congiuntamente con il distretto sanitario dal Nel caso di utenti che già ricevono da parte dell'Ambito prestazioni di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" o compartecipazione alla spesa per RSA ex LEA, il primo assegno di cura deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni. Al fine di evitare una duplicazione degli interventi, l'accettazione di un assegno di cura risulta pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere "sociale" che sia stata assegnata dal Comune o definita in sede di U.V.I. congiuntamente con il distretto sanitario.

- Il familiare/ parente di riferimento contattabile è :

(Nome e Cognome) _____

Tel. _____ **cellulare** _____ **e-mail** _____

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:

Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
cod. IBAN _____

CHIEDE CHE

Eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via _____ **n°** _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Cel. _____ Email _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 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 sopra.

Data _____

Firma _____

Allegare documento di identità del richiedente