

AVVISO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER DISABILITA' GRAVISSIMA
(deliberazione GR Toscana 342/2016)
ANNUALITA' 2016

Azienda USL Toscana Nord Ovest – Zona delle Apuane

Si avvisa che è aperta la possibilità di presentare la richiesta di valutazione ai fini dell'attivazione del contributo economico a favore di persone in disabilità gravissima, per la permanenza al proprio domicilio.

Costituisce atto di riferimento la deliberazione della Giunta regionale Toscana 18 aprile 2016 n.342 che approva le linee di indirizzo per la sperimentazione (allegata).

CHE COS'E'

E' prevista in via sperimentale l'erogazione di un contributo economico a favore di persone in disabilità gravissima finalizzato all'assunzione, con regolare contratto di lavoro, di uno o più assistenti personali (care giver), quale sostegno alla permanenza a domicilio della persona.

Il contributo è incompatibile con altri contributi economici erogati con la medesima finalità di sostegno alla domiciliarità. Il contributo non esclude, invece, gli accessi a domicilio di personale sanitario/sociosanitario (quali medici, terapisti, infermieri, operatori sociosanitari).

L'inserimento in strutture residenziali o sociosanitarie per periodi superiori a 60 giorni di degenza continuativa comporta la sospensione del contributo.

A CHI SI RIVOLGE

I destinatari del presente avviso devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- residenza in un Comune della Zona Apuane (Carrara - Massa – Montignoso) al momento della richiesta e, inoltre, residenza in Toscana almeno dall' 1 gennaio dell'anno precedente a quello della richiesta;
- possesso dell'attestazione di handicap in gravità (art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992);
- soglia di reddito non superiore a € 60.000,00.
- età e condizioni previste dalla deliberazione GRT 342/2016 e, in particolare, dalla TABELLA 1 compresa nelle linee di indirizzo per la sperimentazione.

VALUTAZIONE: CONGRUITA' E AMMISSIBILITA' DEL CONTRIBUTO

Le richieste redatte sull'apposito modulo e complete della documentazione necessaria saranno esaminate e valutate dall' Unità di valutazione multidisciplinare Zona Apuane (UVM) di cui alla legge regionale 66/2008 (Istituzione fondo per la non autosufficienza), integrata dalle necessarie professionalità.

L'UVM esamina le richieste secondo i criteri definiti dalla deliberazione GRT 342/2016, accerta che siano presenti le condizioni per l'attivazione del contributo e definisce il livello di complessità assistenziale (media o alta), cui è correlato l'importo del contributo mensile massimo erogabile (€ 700,00 oppure € 1.000,00).

Contestualmente l'UVM definisce il progetto assistenziale personalizzato – PAP comprensivo del contributo (o rivaluta l'esistente).

Le richieste di contributo ritenute congrue dall'UVM saranno attivate (ammesse a effettiva erogazione del contributo) compatibilmente con le risorse disponibili.

Le richieste non attivate per non disponibilità di risorse finanziarie saranno inserite in elenco cronologico, sulla base della data di presentazione della richiesta, in attesa di eventuale ammissibilità a contributo economico.

EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Il contributo economico non è in alcun modo retroattivo, non può essere precedente alla data di assunzione dell'assistente/i personale/i (dietro presentazione del relativo contratto di lavoro) e decorre dal mese successivo a quello della comunicazione.

Il contributo viene erogato di norma mensilmente ed è soggetto a rendicontazione delle spese di assistenza sostenute.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE

Le richieste di contributo devono essere predisposte utilizzando il modulo allegato 1.

Il modulo è scaricabile on line tra i documenti allegati al presente avviso ed è disponibile presso i *Punti Insieme* della Zona delle Apuane.

La richiesta dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- copia della certificazione comprovante la situazione di handicap grave ai sensi dell'art 3, comma 3, legge 104/92 ed eventuale ulteriore documentazione sanitaria/sociale aggiornata;
- dichiarazione da parte del richiedente della piena autonomia nella individuazione degli assistenti personali con i quali contrarrà un rapporto di lavoro regolare;
- modello ISEE per le prestazioni di natura socio-sanitaria;
- fotocopia di un documento di identità valido del dichiarante.

Le domande con la documentazione relativa potranno essere presentati nell'arco dell'anno solare 2016 unicamente con le seguenti modalità:

- a) consegnate a mano all'Ufficio Protocollo ASL, via Don Minzoni 3, Carrara, dal lunedì al giovedì con orario 9.00-12.00/15.00-17.00; il venerdì con orario 9.00-12.00. Dovranno essere consegnati in busta chiusa e sulla busta dovrà essere scritto "RICHIESTA CONTRIBUTO GRAVISSIME DISABILITA' ZONA APUANE ANNO 2016";
- b) attraverso posta elettronica certificata con oggetto "RICHIESTA CONTRIBUTO GRAVISSIME DISABILITA' ZONA APUANE ANNO 2016" all'indirizzo: direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it
- c) presentate a uno dei Punti Insieme della Zona delle Apuane.

Si invitano tutti gli interessati a prendere accurata visione della deliberazione della Giunta regionale Toscana 18 aprile 2016 n. 342 e dell'allegato A di tale deliberazione (linee di indirizzo per l'erogazione dei contributi).

Per INFORMAZIONI e/o per la PRESENTAZIONE delle richieste è possibile rivolgersi ai *Punti Insieme* della Zona delle Apuane presso le seguenti sedi distrettuali:

- Massa Centro - Via Bassa Tambura – martedì e giovedì, orario 9.00-12.00 - telefono 0585 493761/493733/ 493728
- Marina di Massa - Via Delle Pinete, 40 - giovedì, orario 9.00-12.00 - telefono 0585/ 493975/ 493973
- Montignoso - Via C. Sforza, 58 – lunedì, orario 9.00-12.00 - telefono 0585/493958
- Villetta - Largo V.le Roma, 9 – lunedì, orario 9.00-12.00 - telefono 0585 /498125
- Carrara Centro - P.zza Sacco e Vanzetti – giovedì, orario 9.00-12.00 - telefono 0585/ 657607
- Marina di Carrara - Via Firenze, 48 – venerdì, orario 9.00-12.00 – telefono 0585 /657861/657862
- Carrara Avenza – Via Campo d'Appio - martedì e giovedì , orario 9.00-12.00 - telefono 0585 655128/ 655123/ 655127

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali conferiti saranno trattati nell'ambito di questo procedimento per le operazioni previste dalla legge.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle legge e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il Direttore della Zona delle Apuane è il Titolare dei trattamenti dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il personale della Zona delle Apuane nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni è incaricato del trattamento dei dati personali.

Documenti allegati:

- allegato 1 - Modulo di richiesta
- deliberazione della Giunta regionale Toscana 18 aprile 2016 n.342
- allegato A alla deliberazione GRT 342/2016 (Linee d'indirizzo per l'utilizzo delle risorse del fondo per la non autosufficienza per le gravissime disabilità)

Il Direttore della Zona delle Apuane
Dott.ssa Monica Guglielmi

RICHIESTA DI VALUTAZIONE
Contributo economico a favore di persone in disabilità gravissima per l'assunzione di uno o più
assistenti personali
(deliberazione GR Toscana 342/2016)

Azienda USL Toscana Nord Ovest – Zona delle Apuane (Comuni di Carrara, Massa e Montignoso)

Al Direttore della Zona delle Apuane

Oggetto: richiesta di valutazione per _____

(indicare nome e cognome della persona con disabilità)

Il/la sottoscritto/a _____ ,

in qualità di diretto interessato

oppure

in qualità di _____ *(coniuge/figlio-a/parente/convivente ecc.)*

consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

CHIEDE

la valutazione dell'Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) ai fini dell'accesso al contributo per disabilità gravissime previsto in via sperimentale dalla deliberazione Giunta regionale 342/2016.

A tal fine dichiara quanto segue:

DATI DEL DIRETTO INTERESSATO

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Sesso M F Stato civile _____

CF _____

Residente nel Comune di _____

Indirizzo _____ telefono _____

MAIL _____

Domiciliato (*compilare soltanto se il domicilio è diverso dalla residenza*) nel

Comune di _____

Indirizzo _____, telefono _____,

Medico di medicina generale: _____ (*nome e cognome*)

Specialista di riferimento (eventuale _____)

Affetto da: _____

Si avvale già dell'aiuto di un assistente personale SI NO

Percepisce ulteriori contributi pubblici SI NO

Descrivere: _____

E' residente in Toscana almeno dall' 1 gennaio dell'anno precedente a quello della presente richiesta

SI NO

Ha una soglia di reddito non superiore a € 60.000,00 SI NO

DATI DEL RICHIEDENTE (se diverso dal diretto interessato)

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Sesso M F Stato civile _____

Residente nel Comune di _____

Indirizzo _____, telefono _____,

MAIL _____

Domiciliato (*compilare soltanto se il domicilio è diverso dalla residenza*) nel

Comune di _____

Indirizzo _____, telefono _____

SI ALLEGANO:

copia della certificazione comprovante la situazione di handicap grave ai sensi dell'art 3, comma 3, legge 104/92;

eventuale documentazione sanitaria/sociale aggiornata
(descrivere) _____

dichiarazione dell'interessato in merito piena autonomia nella individuazione degli assistenti personali con i quali contrarrà un rapporto di lavoro regolare;

modello ISEE dell'interessato per le prestazioni di natura socio-sanitaria;

fotocopia di un documento di identità valido dell'interessato e dell'eventuale dichiarante (se diverso dall'interessato);

altro (descrivere) _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento ai sensi del decreto legislativo 196/2003 e successive modificazioni.

Data _____

Firma _____