



Prot. n. _____

FONDO NON AUTOSUFFICIENZE

BANDO PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE

- ANNO 2017 -

In applicazione del “Regolamento per l’accesso alle risorse relative al Fondo Non Autosufficienze” approvato con deliberazione consiliare n. 26 del 25.06.2015, in attuazione del disposto dell’Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona, è indetto

BANDO PUBBLICO

ai fini della concessione dei buoni sociali destinati a persone disabili gravi o non autosufficienti, residenti nel Distretto di Ostiglia.

Il presente Bando sarà pubblicato sul sito web del Piano di Zona e sul sito web dei Comuni del Distretto **fino al 31 dicembre 2017.**

LE PRESTAZIONI PER CUI PUÒ ESSERE RICHIESTO IL BUONO SOCIALE SONO:

1. care – giver familiare;
2. assistente familiare (badante).

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare al bando, per conseguire il beneficio del buono sociale, i soggetti fragili in possesso dei seguenti requisiti:

- **essere residente** in uno dei Comuni del Distretto Sociale di cui Ostiglia è capo-fila;
- per cittadini comunitari, possedere regolare **iscrizione anagrafica**; per cittadini extracomunitari, possedere il **permesso di soggiorno U.E.** per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del decreto legislativo n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
- **essere in possesso dell’invalidità civile certificata del 100 %**;
- **possedere** una situazione reddituale del soggetto beneficiario, calcolata in base alla normativa vigente:



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

	Buono care-giver familiare	Buono Assistenti familiari
ISEE NON superiore a:	€ 15.000,00	€ 15.000,00

(I.S.E.E. socio-sanitario in corso di validità)

- in relazione all'attestazione I.S.E.E. si fa riferimento alle situazioni specifiche per la disabilità e le NON autosufficienze (v. I.S.E.E. - Istruzioni alla compilazione- parte 3). Per esempio, ai sensi del D.P.C.M. 159/2013, l'I.S.E.E. socio- sanitario/ristretto deve necessariamente comprendere la persona disabile, maggiorenne, beneficiaria della prestazione, il coniuge, i figli minori di anni 18, nonché i figli maggiorenni, qualora a carico;
- **nel caso** di assistenza prestata da persone diverse dai *care-givers familiari*, avere un **contratto di lavoro** con il personale addetto all'assistenza **intestato al solo beneficiario** o, in alternativa, ad un congiunto, purché venga indicato il luogo di lavoro ed il nominativo del richiedente il beneficio;
- **non essere** inserito presso strutture residenziali a tempo indeterminato;
- **a seguito** del riscontro dei requisiti di cui sopra, il potenziale beneficiario dovrà comunque ed imprescindibilmente ottenere un punteggio pari o superiore a **cinque** in seguito all'applicazione della scala TRIAGE, un punteggio non superiore a **49** in seguito all'applicazione della scala Barthel, un punteggio non inferiore a **uno** in seguito all'applicazione delle scale ADL e IADL.

COMMISSIONE VALUTATRICE

Al fine di valutare le istanze presentate, la commissione valutatrice, UNICA per l'esame di tutte le domande che perverranno, sarà composta:

- **coordinatore dell'ufficio di Piano,**
- **un istruttore dell'ufficio servizi sociali di un Comune del Distretto,**
- **un assistente sociale che opera in uno dei Comuni del Distretto.**

ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

Per ciascun richiedente verrà effettuata una valutazione della situazione personale, assistenziale, familiare ed economica del nucleo e verrà attribuito un punteggio.



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

L'assegnazione del punteggio sarà effettuata dalla suddetta Commissione che valuterà le singole domande secondo i seguenti criteri:

Indicatori	Criteri di attribuzione del punteggio	Punteggio
Età Beneficiario	Superiore 75 anni	5
	Dai 19 a 74 anni	2
	Inferiore anni 18	5
Patologie correlate ad età	Inferiore a 75 per: Alzheimer, Demenze in genere tetra paresi, malati oncologici	10
Grado di invalidità	Senza accompagnamento	5
Rete Familiare	Care-giver convivente	5
	Care-giver non convivente	3
	<i>Presenza di un altro familiare convivente affetto da disabilità, con invalidità accertata tra il 67% e 99% o 100% qualora non presenti domanda per il medesimo bando</i>	5
	<i>Presenza di un secondo familiare convivente affetto da disabilità, con invalidità accertata tra il 67% e 99% o 100% qualora non presenti domanda per il medesimo bando</i>	5

Attestazione ISEE	<i>Buono care-giver familiare</i>	<i>Buono assistenti familiari (badanti)</i>	
	<i>Da € 0,00 a € 7.500,00</i>	<i>Da € 0,00 a € 7.500,00</i>	8
	<i>Da € 7.500,01 a € 10.000,00</i>	<i>Da € 7.500,01 a € 10.000,00</i>	5
	<i>Da € 10.000,01 a € 12.500,00</i>	<i>Da € 10.000,01 a € 12.500,00</i>	3
	<i>Da € 12.500,01 a € 15.000,00</i>	<i>Da € 12.500,01 a € 15.000,00</i>	2
Utilizzo Servizio domiciliare comunale	Accesso giornaliero per almeno 6 giorni la settimana		- 5
	Accesso almeno bisettimanale		- 3
	Accesso settimanale		- 1
Utilizzo di voucher tramite il F.N.A. o mediante benefici di	Misura B1 e B2 autorizzate da A.T.S. o interventi ex INPDAP o benefici di altre categorie previdenziali		- 3



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

categoria		
Utilizzo di servizi diurni (CDD, CSE, SFA, CDI)	Frequenza del beneficiario di servizi diurni (CDD, CSE, CDI, SFA) con retta totalmente a carico dei Comuni.	- 3
Partecipazione alla spesa dei servizi di assistenza domiciliare pubblici	Compartecipazione al 100%	5
	Compartecipazione dal 50 al 99%	3
	Compartecipazione dal 20 al 49,9%	1

ENTITA' E DURATA DEL BUONO

L'importo del Buono Sociale verrà definito in base al punteggio ottenuto da ciascun beneficiario, secondo la seguente tabella:

BUONO CARE-GIVER FAMILIARE

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità massima del buono
Fino a 17	€ 100,00	€ 600,00
da 18 a 23	€ 150,00	€ 950,00
≥ a 24	€ 200,00	€ 1.200,00

BUONO ASSISTENTE FAMILIARE (badante)

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità massima del buono
fino a 17	€ 400,00	€ 2.400,00
da 18 a 23	€ 420,00	€ 2.520,00
≥ a 24	€ 450,00	€ 2.700,00

Il buono verrà erogato semestralmente al beneficiario da parte del Comune di residenza (previo accredito da parte del Comune capo-fila).

Le risorse economiche a disposizione per l'anno corrente ammontano a complessivi:

-€ 72.367,00 per il buono care – giver familiare,

-€ 24.805,00 per il buono assistente familiare.



MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda d'accesso al Buono Sociale dovrà essere presentata al Comune di residenza, utilizzando apposito modulo in distribuzione presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun Comune dell'Ambito distrettuale. Saranno accoglibili, purché in possesso dei prescritti requisiti, domande di contributo fino ad esaurimento delle risorse economiche.

I documenti da presentare sono i seguenti:

- **domanda** di assegnazione del Buono Sociale secondo modello fac-simile allegato, debitamente compilato, sottoscritta dal richiedente ovvero da un familiare di riferimento;
- copia del **verbale di classificazione dello status di invalido**;
- **attestazione I.S.E.E.** in corso di validità;
- copia del **permesso di soggiorno** (per i cittadini extracomunitari);
- copia del **documento d'identità** in corso di validità del **richiedente e del beneficiario**;
- copia del verbale di invalidità del familiare convivente e non richiedente;
- dichiarazione dei servizi attinenti la presente materia, usufruiti in compartecipazione con l'Ente locale, controfirmata dal Responsabile di procedimento;

Ogni Comune sarà tenuto alla trasmissione / consegna all'Ufficio di Piano delle domande pervenute, **entro 20 giorni dalla data di ricevimento al protocollo comunale**, ai fini della eventuale successiva assegnazione del beneficio economico.



Il Responsabile del Settore Servizi alla Persona
del Comune di Ostiglia – Capofila P. di Z.

(Alberto Bernardi)

Ostiglia, 5 luglio 2017



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI PER CARE-GIVER FAMILIARE E PER ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE).

Il richiedente:

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo _____ e data di nascita _____

Codice fiscale:

Residenza: Via _____ Comune _____

Tel. _____ Cell: _____

in qualità di _____

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DI
(compilare solo nel caso in cui il richiedente è diverso dal beneficiario)

Cognome: _____ Sesso maschio femmina

Nome: _____

Luogo e data di nascita _____ ETA' _____

Codice fiscale:

Residenza: Via _____ Comune _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA
quanto segue

- o il beneficiario è residente nel Comune di _____;



- per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno – ai sensi del DLgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA);
- il beneficiario è in possesso di **invalidità civile certificata all'100%** (COPIA ALLEGATA) con indennità di accompagnamento si no ;
- che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una **attestazione ISEE (allegata)**
 - NON superiore a € 15.000** (per buono care-giver)
 - NON superiore a € 15.000** (per buono assistenti familiari)
- il beneficiario è assistito nella cura da:
 - care-giver familiare
 - assistente familiare regolarmente assunto con contratto di lavoro (vedi allegato);
- il beneficiario non è inserito presso strutture residenziali a tempo indeterminato;
- il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

(barrare la casella interessata)	SI	NO
Frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA, CDI) specificare _____		
Usufruisce di benefici tramite il F.N.A. o specifiche categorie previdenziali		
Usufruisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale, con le seguente formula:		
Accesso giornaliero per almeno 6 giorni la settimana		
Accesso almeno bisettimanale		
Accesso settimanale		

- di partecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):
 - del 100%
 - dal 50% al 99%
 - dal 20% al 49,90%
 - inferiore al 20%
- di trovarsi, come beneficiario, nella seguente condizione riferita alla rete familiare:



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

RETE FAMILIARE (barrare la casella interessata)	SI	NO
Care-giver convivente		
Care-giver non convivente		
<i>Presenza di un altro familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99% o 100% qualora non presenti domanda per il medesimo bando</i> (ALLEGA COPIA)		
<i>Presenza di un secondo familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99% o 100% qualora non presenti domanda per il medesimo bando</i> (ALLEGA COPIA)		

DICHIARA altresì di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

CHIEDE che il buono venga versato con accredito su c/c Bancario (o Postale) - (NB il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario)

Conto corrente intestato a _____

Banca _____ Filiale di _____

Codice IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO



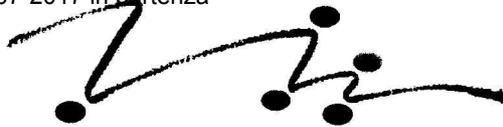
Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

Inoltre, il sottoscritto, fornisce i seguenti dati:

Composizione nucleo	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Ambedue i genitori <input type="checkbox"/> Ambedue i genitori + fratello/sorella <input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente <input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente + 1 genitore/ambedue in genitori <input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente + figlio/figli maggiorenne/i <input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente + figlio /figli minore/i <input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente figli minori + figlio maggiorenne <input type="checkbox"/> Figlio /figlia <input type="checkbox"/> Fratello / sorella <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madre + fratello/sorella <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre + fratello/sorella <input type="checkbox"/> Solo
Caregiver	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Ambedue i genitori <input type="checkbox"/> Cognato/cognata <input type="checkbox"/> Coniuge convivente <input type="checkbox"/> Cugino/a <input type="checkbox"/> Figlio/figli <input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Nuora/genero <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Zio/zia
Assistente a persona	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Assistente personale 24 ore <input type="checkbox"/> Assistente personale qualificato 24 ore <input type="checkbox"/> Assistente personale qualificato tempo parziale (max 7 ore/ die) <input type="checkbox"/> Assistente personale qualificato a tempo pieno (min 7 ore/ die) <input type="checkbox"/> Assistente personale tempo parziale (max 7 ore/ die) <input type="checkbox"/> Assistente personale tempo pieno (min 7 ore/ die)
Tipologia di assistito	<input type="checkbox"/> Utente che non ha già ricevuto interventi B2 <input type="checkbox"/> Utenti già misura b2 altri strumenti <input type="checkbox"/> Utente già misure b2 buono sociale vita indipendente <input type="checkbox"/> Utente già misura b2 malattia motoneurone con condizioni aggravate
Isee	<input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> Socio-sanitario beneficiario coniuge figli <input type="checkbox"/> Socio- sanitario: solo beneficiario maggiorenne <input type="checkbox"/> Socio- sanitario: genitori beneficiario minorenni

Il dichiarante

Luogo e data _____



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

In applicazione all'art. 18 del Decreto Legislativo 196 del 30.06.2003 si comunica che:

- I dati richiesti sono necessari a determinare il diritto alla corresponsione del "buono per caregiver familiare e per assistente familiare (badante)";
- Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alla determinazione del buono;
- Titolare del trattamento dei dati è il Comune di _____ via /piazza _____, nella persona del _____

Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dalla legge del 30 Giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il proprio consenso alla raccolta e al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

Luogo e data _____

Firma dichiarante



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

PATTO ASSISTENZIALE CON LA FAMIGLIA

In attuazione della legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali” con la quale sono individuate le responsabilità e il livello di coinvolgimento sia dei soggetti pubblici che privati; l’articolo 1 della L. 296/2006 e in particolare il comma 1264 che istituisce un fondo denominato Fondo per le Non Autosufficienze; la Legge Regionale n. 3/2008 che definisce la rete dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario; la Circolare Regionale n. 1 del 15.01.2014, la d.G.R. n. 283 del 12.11.2014, la d.G.R. n. 2942 del 19.12.2014.

L’erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione e al rispetto del presente patto tra il/la sig./sig.ra _____ richiedente il buono e l’Assistente Sociale _____ del Comune di _____ nel quale si concorda

quanto segue:

MISURA RICHIESTA:

- Buono sociale mensile per care-giver familiare
- Buono sociale mensile per assistente familiare (badante)

MODALITA’ DI UTILIZZO DEL BUONO SOCIALE PER CARE-GIVER FAMILIARE:

- Attivazione e/o potenziamento di interventi educativi rivolti a minori
- Spese di trasporto verso strutture ospedaliere, CDI, CSE, CDD.
- Spese mediche e/o farmaceutiche
- Retta per inserimento presso CDI
- Spese sostenute per SAD e pasti a domicilio
- Altro _____

MODALITA’ DI UTILIZZO DEL BUONO SOCIALE PER ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE):

- Copia ricevute versamenti per contributi e/o stipendio mensile
- Altro _____

N.B.: le spese sostenute devono essere relative al periodo di vigenza del bando.

Il richiedente ha l’obbligo di comunicare all’Assistente Sociale ogni eventuale variazione che comporti la decadenza, la sospensione o la modifica dell’erogazione del buono.

Il richiedente

L’Assistente Sociale

Data _____