



COMUNE DI VIGGIANELLO

PROVINCIA DI POTENZA

AREA: AREA POLITICHE SOCIALI

DETERMINAZIONE DSG N° 00069/2021 del 09/02/2021

N° DetSet 00034/2021 del 09/02/2021

Dirigente: MARIO OSVALDO BONAFINE

Istruttore proponente: MARIO OSVALDO BONAFINE

OGGETTO: APPROVAZIONE AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI PER LA VITA INDIPENDENTE IN FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' FISICA, INTELLETTIVA, SENSORIALE, DI ETA' COMPRESA TRA I 18 E I 64 ANNI – ASSE 2 PROGRAMMA STRAORDINARIO TRIENNALE DELLA DISABILITA'

ATTESTAZIONE DI CONFORMITA'

Il Sottoscritto

in qualità di

attesta che la presente copia cartacea della Determinazione Dirigenziale n° DSG 00069/2021, composta da n° fogli, è conforme al documento informatico originale firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs N° 82/2005.

VIGGIANELLO, li _____

Firma e Timbro dell'Ufficio

N.B. Da compilare a cura del Soggetto Autorizzato.

IL RESPONSABILE DEL SETTORE POLITICHE SOCIALI

VISTI:

- il Decreto Legislativo n. 267 del 18 agosto 2000 relativo al Testo Unico delle Leggi sull'Ordinamento degli Enti Locali;
- il Regolamento Comunale vigente di Organizzazione Uffici e Servizi;
- il Decreto numero 1/2019, protocollo 6110, con cui il Sindaco Antonio Rizzo, ha attribuito l'incarico di Responsabile della Posizione Organizzativa inerente il settore delle Politiche sociali di questo Ente al dottor Mario Osvaldo Bonafine, Segretario comunale pro tempore ai sensi del Decreto Legislativo 267/2000.

VISTA la delibera di G.M. n. 2 del 13.01.2021 ad oggetto: "ESERCIZIO PROVVISORIO 2021-ASSEGNAZIONE PROVVISORIA DELLE DOTAZIONI FINANZIARIE (PEG)", con la quale si attribuivano ai R.S. le somme in conformità alle previsioni di Bilancio 2020/2022 annualità 2021;

PREMESSO che:

- è stato costituito l'Ambito socio territoriale n. 02 "LAGONEGRESE - POLLINO" cui fanno parte i Comuni di: Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello;
- in data 27.07.2016 si è insediata la Conferenza Istituzionale "Lagonegrese – Pollino" ed è stato nominato il Comune di Viggianello quale Ente Capofila, giusto verbale n. 01/2016;
- nella Conferenza istituzionale del 23 Maggio 2017 è stato sottoscritto da parte dei sindaci e/o delegati dei 27 Comuni la Convenzione per la costituzione ed il funzionamento della partnership istituzionale per l'attuazione del piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari, giusto verbale n. 01/2017;
- il Comune Capofila esercita ed amministra tutte le attività gestionali connesse all'attuazione del "Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari", esclusivamente attraverso il supporto tecnico ed amministrativo rappresentato dall'Ufficio di Piano.

PRESO ATTO che:

- con la Deliberazione della Giunta della Regione Basilicata n. 704 del 22.06.2016 è stato adottato il Programma triennale straordinario della disabilità che nel Secondo Asse prevede al punto 1. un'azione relativa alla sperimentazione di interventi per la Vita Indipendente
- con la Deliberazione della Giunta della Regione Basilicata n. 1168 del 03.10.2016 è stato approvato il Programma innanzi citato;
- con la Deliberazione della Giunta della Regione Basilicata n. 1229 del 17.11.2017 sono state approvate le linee di indirizzo per la progettazione di interventi in materia di "Vita Indipendente" da parte degli Ambiti socio territoriali;

- con la Deliberazione della Giunta della Regione Basilicata n. 1210 del 14.11.2017 avente ad oggetto: “Ripartizione fondi programma Vita Indipendente” sono state assegnate a questo Ambito risorse complessive pari € 240.000,00;

- con Determinazione Dirigenziale della Regione Basilicata n. 13A2.2017/D.00818 del 07.12.2017, per dette finalità, è stato impegnato, liquidato e pagato in favore di questo Ambito un’anticipazione del 50% delle prime due annualità del finanziamento totale accordato;

- con Determinazione Dirigenziale della Regione Basilicata n. 13A2.2019/D.00518 del 29.09.2019, per dette finalità, è stato liquidato e pagato in favore di questo Ambito un’ulteriore acconto del 50% della terza annualità del finanziamento;

CONSIDERATO che:

- la realizzazione del Programma “Vita Indipendente” è finalizzata a dare la possibilità ad una persona con disabilità grave, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, di autodeterminarsi manifestando la volontà di realizzare un personale progetto di vita indipendente orientato a favorire l’autonomia personale e l’inclusione sociale;

ATTESO che il Programma Vita Indipendente risponde a bisogni strettamente socioassistenziali e si connota come assistenza indiretta e si concretizza attraverso l’attribuzione di un contributo mensile, erogato per massimo di 12 mensilità dall’Amministrazione Comunale ai richiedenti, utilmente collocati in una graduatoria, a copertura totale o parziale dei costi sostenuti e documentati dall’assistito per l’assunzione di un assistente personale;

EVIDENZIATO che si rende necessario favorire l’accesso agli incentivi previsti dall’Ambito Socio Territoriale n. 2 Lagonegrese – Pollino per la realizzazione del progetto di Vita Indipendente orientato a favorire l’autonomia personale e l’inclusione sociale;

CONSIDERATE le deliberazioni della Conferenza Istituzionale dell’Ambito Socio Territoriale n.02 Lagonegrese Pollino giusti verbali n.03 del 28.12.2020 e n. 1 del 28.01.2021;

VISTI

- il Testo Unico delle Leggi sull’Ordinamento degli Enti Locali approvato con D.Lgs. n. 267 del 18.08.2000

- l’art. 3 della Legge n. 136 del 13.08.2010 recante disposizioni in materia di Tracciabilità dei flussi finanziari;

VISTO l’articolo 12 della legge 241/90 che prevede: “1. La concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l’attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati sono subordinate alla predeterminazione da parte delle amministrazioni procedenti, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, dei criteri e delle modalità cui le amministrazioni stesse devono attenersi. 2. L’effettiva osservanza dei criteri e delle modalità di cui al comma 1 deve risultare dai singoli provvedimenti relativi agli interventi di cui al medesimo comma 1”;

RITENUTO dunque, in applicazione della citata norma, di predeterminare i criteri approvando l'Avviso Pubblico ed i relativi allegati A (scheda Domanda di Partecipazione) e B (Scheda Progetto Individuale) al fine di procedere finanziamento di progetti sperimentali di "Vita Indipendente".

Tutto ciò premesso;

DETERMINA

1) La narrativa che precede costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2) Per le motivazioni espresse in narrativa, che ivi si intendono integralmente trascritte **APPROVARE**, l'Avviso Pubblico ed i relativi allegati A (scheda Domanda di Partecipazione) e B (Scheda Progetto Individuale) al fine di procedere finanziamento di progetti sperimentali di "Vita Indipendente";

3) DARE ATTO che gli oneri finanziari derivanti dall'esecuzione del presente provvedimento trovano imputazione sul fondo **MISS 12 PROG 02 TIT 1 MAC 104 CAP 15104 ART 13** del Redigendo bilancio di Previsione 2021/2023 Gestione Residui;

4) INDIVIDUARE nella persona del dottor Mario Osvaldo Bonafine il responsabile del procedimento;

5) ACCERTARE, ai fini del controllo preventivo di regolarità amministrativa-contabile di cui all'articolo 147-bis, comma 1, del D.Lgs. n. 267/2000, la regolarità tecnica del presente provvedimento in ordine alla regolarità, legittimità e correttezza dell'azione amministrativa, il cui parere favorevole è reso unitamente alla sottoscrizione del presente provvedimento da parte del responsabile del servizio;

6) DARE ATTO che il presente provvedimento sarà sottoposto al controllo contabile da parte del Responsabile del Servizio Finanziario, da rendersi mediante apposizione del visto di regolarità contabile e dell'attestazione di copertura finanziaria;

7) DISPORRE che il presente provvedimento e i relativi allegati saranno pubblicati sul sito istituzionale del Comune di Viggianello – Ente Capofila dell'Ambito (www.comune.viggianello.pz.it):

a) mediante affissione all'albo pretorio on line;

b) sull'home page;

c) nell'amministrazione trasparente - sezione "Avvisi"

e trasmessi ad ogni singolo Comune dell'Ambito Socio Territoriale n. 2 Lagonegrese – Pollino, ai sensi degli artt. 23 del D.Lgs n. 33/2013 e 29 del D.Lgs. n. 50/2016;

8) TRASMETTERE il presente provvedimento e i relativi allegati ai Comuni costituenti l'Ambito per quanto di competenza.

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è memorizzato digitalmente ed è rintracciabile sul sito istituzionale per il periodo della pubblicazione.

Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

IL RESPONSABILE DEL SETTORE POLITICHE SOCIALI

In esecuzione della determinazione n° ____ del _____, si evidenzia che è facoltà delle persone con grave disabilità fisica, intellettiva, sensoriale, in possesso dei prescritti requisiti, di presentare istanza finalizzata all'assegnazione di un contributo mensile, a copertura totale o parziale dei costi sostenuti e documentati dall'assistito, per l'assunzione di un assistente personale e alla realizzazione del progetto per la vita indipendente ammesso al finanziamento. L'istanza dovrà essere prodotta dagli interessati secondo le indicazioni e prescrizioni contenute nell'Avviso Pubblico che segue.

AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESENTAZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI PER LA VITA INDIPENDENTE IN FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' FISICA, INTELLETTIVA, SENSORIALE, DI ETA' COMPRESA TRA I 18 E I 64 ANNI

ART. 1 - FINALITÀ

La legge 162/1998 ha introdotto, novellando la legge 104/1992, un primo riferimento al diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità, legittimando la Regione a disciplinare, la realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati, allo scopo di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita - non superabili mediante ausili tecnici - salvo verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

La finalità dei Progetti di vita indipendente (PRO.V.I.) è quella di sostenere la "Vita Indipendente", con la quale si intende la possibilità, per una persona adulta con disabilità grave, di autodeterminarsi e di poter vivere il più possibile in condizioni di autonomia, avendo la capacità di prendere decisioni riguardanti la propria vita.

Ciò che differenzia l'intervento di "VITA INDIPENDENTE" da altre azioni è il ruolo svolto dalla persona con disabilità, che abbandona la posizione di "oggetto di cura" per diventare "soggetto attivo" che si autodetermina. Questo obiettivo presuppone l'esistenza di un progetto globale di vita, con il quale, alla persona con disabilità, viene assicurata la possibilità di determinare, anche in collaborazione con il sistema dei servizi, sulla base della valutazione dell'U.V.M. (Unità di Valutazione Multidisciplinare), il livello di prestazioni assistenziali di cui necessita, i tempi, le modalità attuative, la scelta degli assistenti personali e la gestione del relativo rapporto contrattuale.

Tale intervento, in forma indiretta, risponde a bisogni strettamente socio assistenziali, si concretizza attraverso l'attribuzione di un contributo economico erogato dall'Ambito Socio

Territoriale n. 2 Lagonegrese - Pollino, a copertura totale o parziale dei costi sostenuti e documentati dall'assistito per l'assunzione di un assistente personale.

ART. 2 - DESTINATARI

Possono presentare istanza di finanziamento di un Progetto per la vita indipendente le persone con grave disabilità fisica, intellettiva, sensoriale, con capacità di esprimere direttamente o attraverso un amministratore di sostegno o in mancanza attraverso i familiari la propria volontà, in possesso dei seguenti requisiti:

- residenza in uno dei Comuni dell'Ambito Socio Territoriale n. 2 Lagonegrese – Pollino a cui afferiscono i Comuni di: Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello;
- età compresa fra 18 ed i 64 anni;
- certificazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- certificazione ISEE del nucleo familiare ordinario in corso di validità;
- contratto di lavoro stipulato con l'assistente personale o dichiarazione in cui il richiedente (o un amministratore di sostegno o un familiare) dichiara che intende avvalersi, a titolo oneroso, di un assistente personale;
- descrizione della condizione abitativa e ambientale;
- non fruire dei contributi economici, di seguito specificati, erogati dalla Regione Basilicata e/o INPS: per l'assistenza ai malati in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente prolungato o cronico, per l'assistenza ai malati di SLA, assegno di cura, per progetto Home Care Premium;
- assistenza domiciliare (il richiedente qualora usufruisca dell'assistenza domiciliare da parte dei Comuni può optare per il progetto di vita indipendente e rinunciare all'assistenza).

ART. 3 - ENTITÀ DELL'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO MENSILE

L'intervento consiste nell'assegnazione di un contributo mensile, erogato per massimo 12 mensilità, ai richiedenti utilmente collocati in una graduatoria (stilata come specificato nel successivo art. 6), a copertura totale o parziale dei costi sostenuti e documentati dall'assistito, per l'assunzione di un assistente personale, finalizzata alla realizzazione del progetto per la vita indipendente ammesso al finanziamento.

Nello specifico ai richiedenti, utilmente collocati in graduatoria, con:

- un valore ISEE compreso tra € 0,00 e € 14.500,00 è assegnato un contributo mensile fino a un massimo di €. **800,00** a copertura totale o parziale dei costi sostenuti e documentati;
- un valore ISEE da € 14.501,00 a €. 25.000,00, è assegnato un contributo mensile pari ad **€ 600,00** a copertura totale o parziale di costi sostenuti e documentati;
- un valore ISEE oltre € 25.000, in presenza di fondi disponibili, viene attribuito un contributo pari ad € **400,00** a copertura totale o parziale di costi sostenuti e documentati.

La persona con disabilità a cui "deve essere garantita la libertà di scelta dell'assistente personale", assume direttamente, con regolare rapporto di lavoro, o per il tramite di soggetto autorizzato ai sensi della normativa vigente, il proprio assistente, ne concorda direttamente mansioni, orari e retribuzione e ne rendiconta la spesa sostenuta a questo titolo.

Non è prevista l'assunzione di parenti e/o affini, entro il terzo grado, nel ruolo di assistente personale.

La titolarità e la responsabilità nella scelta e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente, a suo carico sono anche gli oneri assicurativi e previdenziali riguardanti l'assistente personale.

La persona con disabilità deve essere consapevole che l'assunzione di un assistente personale, in forma privata e diretta, comporta un suo impegno nel ruolo di datore di lavoro e la regolarizzazione della tipologia contrattuale di lavoro prescelta, con tutti i diritti e i doveri che ne conseguono.

ART. 4 - TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI PREVISTI NEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Nel progetto per la vita indipendente possono essere previste diverse tipologie di azioni/interventi, come di seguito specificati:

1. Azione/intervento: Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie.

Contributo economico per garantire un'assistenza personale autogestita, attraverso la libera scelta e la conseguente assunzione, con regolare contratto di lavoro, di un assistente personale, per effettuare percorsi di "potenziamento di abilità ed autonomie, acquisizione competenze".

2. Azione/intervento: Favorire azioni di supporto finalizzate a garantire il diritto allo studio nonché l'attuazione di percorsi/interventi per l'inclusione socio-lavorativa.

Contributo economico per garantire un'assistenza personale autogestita, attraverso la libera scelta e la conseguente assunzione con regolare contratto di lavoro di un assistente personale per:

- interventi di supporto allo studio per la frequenza di corsi di istruzione, universitari e di formazione professionale;
- interventi di supporto e sostegno ai percorsi per l'inclusione socio-lavorativa.

3. Azione/intervento: Favorire l'accessibilità e la mobilità.

Contributi economici per assistenza personale autogestita attraverso la libera scelta e la conseguente assunzione con regolare contratto di lavoro, di un assistente personale, retribuito sulla base delle proprie necessità individuali, per accompagnamento fuori casa anche con automobile, utilizzo mezzi pubblici accessibili, raggiungimento luogo di lavoro, scuola, impianti sportivi etc.

4. Azione/intervento: Favorire la permanenza nella propria abitazione e l'integrazione nel contesto sociale.

Contributo economico per garantire un'assistenza personale autogestita attraverso la libera scelta e la conseguente assunzione con regolare contratto di lavoro, di un assistente personale formato e retribuito sulla base delle proprie necessità individuali per la cura personale e le attività domestiche, per favorire l'esercizio delle responsabilità genitoriali, la partecipazione ad attività sportive, culturali, di tempo libero.

5. Azione/intervento: Favorire lo sviluppo di progetti di "abitare in autonomia".

Contributo economico per garantire un'assistenza personale autogestita, attraverso la libera scelta e la conseguente assunzione con regolare contratto di lavoro, di un assistente personale per interventi di supporto alle persone che intendono sperimentare "l'abitare in autonomia".

ART. 5 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente il beneficio deve inoltrare domanda su apposito modulo, (allegato A del presente avviso), allegando la documentazione di seguito specificata:

- Copia della certificazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare ordinario in corso di validità;
- Descrizione del Progetto di Vita Indipendente, redatto su apposito modulo (Allegato B del presente avviso), con precisazione delle richieste/proposte, della tempistica, delle possibili tipologie di intervento, della descrizione e quantificazione delle necessità, dei relativi costi;
- Copia del contratto di lavoro stipulato con l'assistente personale e dichiarazione INPS di inizio del rapporto di lavoro (codice del rapporto di lavoro INPS) o dichiarazione in cui il richiedente dichiara che intende avvalersi, a titolo oneroso, di un assistente personale;
- Fotocopia del documento di identità in corso di validità dell'interessato e di chi presenta la domanda;
- Copia del verbale di invalidità di altri componenti del nucleo familiare.

Le istanze devono essere presentate, entro e non oltre 45 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso, all'Ufficio di Piano del Comune di Viggianello - Capofila Ambito Socio Territoriale n. 02 Lagonegrese presso - C.da Anzoleconte, snc C.A.P 85040 - Viggianello (PZ) , osservando le seguenti formalità:

- a mezzo raccomandata o plico postale con avviso di ricevimento. A tal fine la data di presentazione delle domande è determinata dal timbro a data del Protocollo Generale di entrata del Comune di Viggianello;
- nell'ipotesi di spedizione mediante servizio postale e/o Agenzie Autorizzate di Recapito non farà fede il timbro a data dell'ufficio postale o comunque accettante. L'istanza può essere altresì trasmessa a mezzo posta elettronica certificata (PEC) inviando, da una casella di posta elettronica certificata una e-mail al seguente indirizzo: comune.viggianello.pz@pec.it.
- in caso di invio della domanda di partecipazione tramite Pec, si evidenzia che la domanda di partecipazione deve essere inviata in formato pdf. Farà fede la data e ora di trasmissione certificate dal riferimento temporale ivi contenuto ai sensi del DPCM 22 febbraio 2013 - art. 41 e del decreto legislativo 7 marzo 2005 n. 82 - art.20;
- per le domande presentate a mano, farà fede esclusivamente il timbro di ricezione dell'Ente ricevente;
- il termine ultimo, qualora venga a cadere in un giorno festivo, è da intendersi prorogato, ope legis, al giorno non festivo immediatamente seguente.

Alla domanda deve essere allegata copia fotostatica (fronte e retro), non autenticata, di un documento di identità in corso di validità. La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata. L'omissione della firma in calce alla domanda comporta l'irricevibilità della domanda. L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del richiedente né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Le domande pervenute dopo la scadenza del presente avviso saranno valutate in ordine di arrivo, solo in presenza di disponibilità finanziaria.

ART. 6 - DEFINIZIONE DELLA GRADUATORIA DEI POTENZIALI BENEFICIARI

L'Ufficio di Piano, ricevute le domande:

- verifica la presenza dei requisiti soggettivi di ammissibilità;

- convoca l'Unità di Valutazione Multiprofessionale (costituita da operatori sociali dei Comuni di residenza del richiedente, da componenti dell'Ufficio di Piano e da operatori sanitari) che valuta la congruità del progetto presentato in relazione a quanto stabilito nel precedente art. 4 (Tipologia degli interventi previsti nel progetto di vita indipendente), coinvolgendo attivamente la persona con disabilità (e l'eventuale amministratore di sostegno o i familiari) relativamente ai bisogni e ai sostegni di cui intende avvalersi (tipologie di prestazioni, modalità attuative, tempi, ecc.) per favorire una vita indipendente. In tale fase potranno essere concordate con la persona gli opportuni interventi di approfondimento della situazione.

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare, previa valutazione della congruità del progetto presentato, produrrà una graduatoria dei potenziali beneficiari, stilata in base ai seguenti criteri:

1. valutazione della composizione del nucleo familiare, presenza di altri disabili
2. valutazione disponibilità di una rete familiare
3. valutazione dell'Isee del nucleo familiare ordinario in corso di validità
4. condizione abitativa e ambientale

Per ogni criterio è assegnato un punteggio, come di seguito indicato, in base al quale si determina la posizione nella graduatoria.

1. **Valutazione della composizione del nucleo familiare: 0-20 (punteggi non cumulabili)**
 - a) presenza di un solo familiare convivente = punti 10
 - b) presenza di un solo familiare convivente di età superiore ai 65 anni o di un solo familiare convivente con disabilità certificata = punti 15
 - c) persona sola o con minori a carico = punti 20
2. **Valutazione disponibilità di una rete familiare: 0-20**
 - a) presenza di familiari conviventi che non prestano attività lavorativa = 0
 - b) presenza di un solo familiare che non presta attività lavorativa = 5
 - c) presenza di un solo familiare che presta attività lavorativa = 10
 - d) persona sola con familiari residenti nello stesso Comune = 15
 - e) persona sola con familiari non residenti nello stesso Comune = 20
3. **Valore Isee del nucleo familiare del richiedente: 0-15**
 - a) ISEE superiore a € 25.000,00 = punti 5
 - b) ISEE compreso tra € 14.501,00 ed € 25.000,00 = punti 10
 - c) ISEE compreso tra € 0,01 ed € 14.500,00 = punti 15
4. **Condizione abitativa e ambientale: somma a)+b) max 15**
 - a) abitazione isolata e/o con limitazione/assenza di servizi pubblici = punti 5
 - b) abitazione con presenza di barriere architettoniche = punti 10

In caso di parità di punteggio è data priorità in ordine di importanza:

1. al richiedente senza familiari conviventi;
2. al richiedente in possesso di ISEE più basso.

Ricorrendone i presupposti di fatto e di diritto si darà corso all'istituto del soccorso istruttorio.

ART. 7 - INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI

Il beneficio è attribuito in base alla posizione in graduatoria del richiedente e in relazione alle risorse finanziarie trasferite dalla Regione Basilicata.

L'erogazione del contributo decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di approvazione della graduatoria da parte del Responsabile del Settore Politiche Sociali del Comune Capofila con specifico atto amministrativo. La graduatoria ha validità dodici mesi, salvo scadenza anticipata per mancanza di trasferimento di fondi da parte della Regione Basilicata. Il progetto individuale "Di Vita Indipendente" sottoposto a monitoraggio/verifica potrà subire variazioni che andranno valutate dall'UVM e comunicate al Comune Capofila.

I beneficiari così individuati si impegnano a trasmettere all'Ufficio Di Piano:

- la documentazione mensile afferente ai costi sostenuti per l'acquisizione dei servizi (atti di assunzione dell'assistente personale, fattura di pagamento del servizio con il riferimento dell'avviso);
- la comunicazione con autocertificazione delle variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento assumendosi la responsabilità degli impegni previsti a proprio carico;
- la dichiarazione di disponibilità alle verifiche da parte dell'ente erogatore sulla realizzazione del progetto per la vita indipendente ammesso al finanziamento.

ART. - 8 CAUSE DI ESCLUSIONE

Il diritto al beneficio cessa:

- con l'inserimento definitivo in struttura residenziale;
- con il trasferimento della residenza al di fuori del territorio comunale;
- con il decesso;
- con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
- con la richiesta di rinuncia da parte del beneficiario o amministratore di sostegno o familiare.

Il ricovero in struttura residenziale di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione del beneficio per la durata del ricovero stesso.

Il beneficiario o chi per lui, si impegna a comunicare con autocertificazione qualunque variazione inerente i requisiti soggettivi di ammissibilità e i rapporti contrattuali con l'assistente personale.

Tali comunicazioni dovranno essere trasmesse all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza.

ART. 9 - INFORMAZIONI

Per informazioni riguardo al presente avviso è possibile rivolgersi ai Servizi Sociali dei Comuni di Residenza e/o all'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio Territoriale n. 2 Lagonegrese Pollino - Comune di Viggianello Ente Capofila Via Anzoleconte – Viggianello (PZ)

Tel. 0973/664012

Orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì 8.00 – 18.00

Informazioni potranno essere richieste anche ai seguenti indirizzi:

ufficiodipiano@ambitoviggianello.it

coordinatore@ambitoviggianello.it

comune.viggianello.pz@pec.it

ART. 10 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio Territoriale n. 2 "Lagonegrese Pollino", titolare del trattamento dei dati forniti, si impegna al trattamento dei dati personali e sensibili comunicati dai richiedenti gli incentivi soltanto per gli scopi di cui al presente avviso e, comunque, nel rispetto del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e ss.mm.ii. e come recepito dal D.Lgs. n. 101/2018.

Il Responsabile del Trattamento dei Dati per l'Ambito è il Sig. ANTONIO BONELLI.

Art. 11 - PUBBLICITA'

Il presente Avviso sarà pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Viggianello – Ente Capofila dell'Ambito (www.comune.viggianello.pz.it):

- a) mediante affissione all'albo pretorio on line;
 - b) sull'home page;
 - c) nell'amministrazione trasparente - sezione "Avvisi";
- e trasmesso ad ogni singolo Comune dell'Ambito Territoriale per l'affissione all'Albo Pretorio e per la sua divulgazione, in ogni forma ritenuta utile.

ART. 12 - RINVIO

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso, trovano applicazione le disposizioni contenute nella normativa vigente in materia; negli atti di programmazione e gestione del P.S.Z. e nei provvedimenti concordati ed approvati dalla Conferenza dei Sindaci.

Viggianello, 09/02/2021

**IL RESPONSABILE DEL SETTORE DELLE POLITICHE SOCIALI
DOTT. MARIO OSVALDO BONAFINE**

Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

ALLEGATO A
DOMANDA DI CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PER LA VITA
INDIPENDENTE

Al Sig. Sindaco del Comune di _____		
prot. n° _____	del _____	_____

(Riservato all'Ufficio)

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO	
Il/La sottoscritto/a Cognome/Nome _____	
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
e residente in _____	
Via/P.zza _____	n° _____
CAP _____	Tel. _____ Cell. _____
Codice Fiscale: _____	
Stato civile a _____	Cittadinanza b _____
Estremi del documento di identità tipo _____ n. _____	
Vedi note	

In caso di presentazione da parte di altro soggetto referente

GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Il/La sottoscritto/a Cognome/Nome
in qualità di *genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno/.....* del sopra indicato beneficiario: _____

nato/a il / / a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale: / / / / / / / / / / / / / / /

Stato civile^a _____ Cittadinanza^b _____

Estremi del documento di identità: tipo _____ n° _____

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

NOTE:

a Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n°.....

rilasciata alla Questura di con scadenza il..... o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data..... Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data).....

CHIEDE

di poter usufruire, sulla base del progetto allegato alla presente domanda e in base alla valutazione effettuata dalla UVM competente, del contributo previsto per la vita indipendente.

A tale scopo

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

1. Dati generali

a. che la persona beneficiaria:

☐ intende avvalersi, a titolo oneroso di un assistente personale;

ovvero

☐ sostiene gli oneri per l'assistente personale;

b. che il valore dell'I.S.E.E. ordinario anno _____ del nucleo familiare della persona con invalidità è di € _____;

2. Dati relativi all'assistente personale
(Parte da compilare solo nel caso che il beneficiario si avvalga a titolo oneroso di un assistente personale)

Assistente personale assunto

L'assistente personale _____, codice fiscale _____, iscritto all'INPS con matr. _____ il ____/____/____, categoria o qualifica _____, è stato assunto con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona beneficiaria indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

3. Tipologia di riferimento del Progetto di vita indipendente proposto:

1. Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie. ☐
2. Favorire azioni di supporto finalizzate a garantire il diritto allo studio nonché l'attuazione di percorsi/interventi per l'inclusione socio-lavorativa. ☐
3. Favorire l'accessibilità e la mobilità. ☐
4. Favorire la permanenza nella propria abitazione e l'integrazione nel contesto sociale. ☐
5. Favorire lo sviluppo di progetti di "abitare in autonomia". ☐

4. Delega alla riscossione

Il/La sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità chiede che la liquidazione del contributo venga effettuata a

- ☐ Beneficiario
☐ Richiedente

con la seguente modalità:

- ☐ Quietanza diretta intestata al ☐ beneficiario ☐ richiedente
☐ Accreditamento bancario, intestato al ☐ beneficiario ☐ richiedente

cod. IBAN _____

5. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando con autocertificazione tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati.

ALLEGA:

- ☐ Certificazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
☐ Certificazione ISEE del nucleo familiare ordinario in corso di validità;
☐ Descrizione del Progetto di vita indipendente, redatto su apposito modulo (Allegato B del presente avviso), con precisazione delle richieste/proposte, della tempistica, delle possibili tipologie di intervento, della descrizione e quantificazione delle necessità, dei relativi costi;
☐ Copia del contratto di lavoro stipulato con l'assistente personale e dichiarazione INPS di inizio del rapporto

di lavoro (codice del rapporto di lavoro INPS);

- ☐ Fotocopia del documento di identità in corso di validità dell'interessato e di chi presenta la domanda;
- ☐ Copia del verbale di invalidità di altri componenti del nucleo familiare anagrafico.

In fede

Data __/__/____

IL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____
(barrare la/e casella/e d'interesse)

- ☐ per se stesso

- ☐ in qualità di legale rappresentante (specificare: ☐ tutore; ☐ curatore; ☐ amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____

- ☐ in qualità di dichiarante (specificare: ☐ coniuge; ☐ figlio/a; ☐ altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

- di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nel rispetto del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e ss. mm. e del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018;

- di essere informato/a dei diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e che il titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio – Territoriale n. 2 "Lagonegrese Pollino", e-mail: _____;

ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

Firma del richiedente

_____, _____. ____.

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la presentazione anche via telematica o a mezzo posta.

Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

ALLEGATO B DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a

Cognome/Nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Via/P.zza _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____ Cell _____

Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE INDIVIDUA LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INTEVENTO:

1. Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie. ☐
2. Favorire azioni di supporto finalizzate a garantire il diritto allo studio nonché l'attuazione di percorsi/interventi per l'inclusione socio-lavorativa. ☐
3. Favorire l'accessibilità e la mobilità. ☐
4. Favorire la permanenza nella propria abitazione e l'integrazione nel contesto sociale. ☐
5. Favorire lo sviluppo di progetti di "abitare in autonomia". ☐

NECESSITÀ DI ASSISTENTE PERSONALE PER LE SEGUENTI ATTIVITÀ:

Alzarsi da letto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Coricarsi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarsi mani e viso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarsi capelli e pettinarsi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso dei servizi igienici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Igiene intima	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fare il bagno o la doccia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vestirsi e spogliarsi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza notturna	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mangiare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pulire la casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Riordinare la casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Fare la spesa o acquisti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preparare i pasti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavare biancheria e stoviglie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (istituto bancario, ufficio postale, anagrafe comunale, segreteria scolastica/universitaria, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Scrivere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Leggere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Comunicare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzare strumenti informatici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale per lo studio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale per frequenza corsi universitari e di formazione professionale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale nello svolgimento di attività lavorativa e/o tirocini	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale per l'inclusione socio-lavorativa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Spostarsi in carrozzina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto nel camminare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento fuori casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento in vacanza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Guida dei mezzi a disposizione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzo di mezzi pubblici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a visite mediche/esami clinici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a trattamenti di riabilitazione/fisioterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento presso barbiere/parrucchiere/estetista	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto nell'esercizio delle responsabilità genitoriali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto nella partecipazione a attività culturali e del tempo libero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Supporto/accompagnamento nello svolgimento di attività sportive	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza nella gestione di un alloggio in autonomia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro _____		

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Condizione Sanitaria.

☐ Riconoscimento della condizione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, con decorrenza dal _____

Diagnosi _____

Cognome e nome del medico curante _____

Condizione abitativa.

L'abitazione principale è

☐ Di proprietà (o con mutuo)

- ☐ In uso gratuito
- ☐ Usufrutto
- ☐ In affitto
- ☐ Altro

Presenta servizi igienici adeguati ☐ Sì ☐ No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali ☐ Sì Esterne ☐ Interne ☐ No

Note _____

Dislocazione sul territorio rispetto ai servizi pubblici (negozi - trasporti – ecc.)

☐ servita ☐ poco servita ☐ isolata

Note _____

Situazione Socio Familiare

- ☐ Presenza di familiari conviventi
- ☐ Assenza di familiari conviventi
- ☐ Assenza di altri familiari nel Comune di residenza
- ☐ Presenza di altri familiari nel Comune di residenza

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza

Rapporto di parentela	Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Condizione lavorativa	Problematiche rilevanti

Nella colonna "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di: 1. Disoccupato; 2 - Casalinga; 3 - Lavoratore autonomo; 4 - Lavoratore dipendente; 5 - Inabile al lavoro; 6 - Pensionato; 7 - Studente; 8 - Altro

Nella colonna "Problematiche rilevanti" va indicata con:

A la presenza persone anziane di età superiore ai 65 anni;

B la presenza di familiari con disabilità certificata

C la presenza di minori

Fruizione di servizi ed interventi sociali e/ sanitari

- ☐ Centro socio educativo diurno
☐ Centro sanitario diurno
☐ ADI
☐ Servizio di assistenza domiciliare
☐ Altro _____

Il sottoscritto inoltre dichiara:

☐ di svolgere la seguente attività lavorativa _____

☐ lavoro autonomo ☐ lavoro dipendente presso _____

Tempo determinato

☐ fino al ____/____/____

Tempo indeterminato

☐

☐ di svolgere / o avere in previsione di svolgere attività di stage presso _____

☐ di essere iscritto presso la Scuola _____
del Comune di _____ e di frequentare il _____
di anno di formazione

☐ di essere iscritto presso l'Università di _____
Facoltà/Corso _____ e di frequentare il _____
anno di corso

☐ di frequentare il corso di formazione professionale di _____
Presso _____

☐ altro _____

DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

1. Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita, situazione lavorativa o di studio

2. Obiettivi di vita autonoma

3. Caratteristica dell'assistenza personale richiesta:

(specificare l'impiego orario settimanale, previsto per la figura di assistente personale, la forma di contrattualizzazione della persona interessata, il profilo richiesto, le principali mansioni affidatele)

1. Tempi

La durata del progetto è di:

- ☐ 12 mesi, dalla data di validazione dell'istanza
- ☐ inferiore ai 12 mesi, mesi _____

2. Risorse finanziarie

Dettaglio delle risorse economiche necessarie alla realizzazione del Progetto:

spesa per la contrattualizzazione di un assistente personale e per i relativi oneri contributivi

_____ € _____

€ _____
€ _____
€ _____

per la copertura del quale si prevede una spesa complessiva per mensilità di €

Luogo, Data

IN FEDE
(Firma del richiedente)
