

Prot. n. _____

FONDO NON AUTOSUFFICIENZE

BANDO PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE

- ANNO 2020 -

In applicazione del “Regolamento per l’accesso alle risorse relative al Fondo Non Autosufficienze” approvato con deliberazione consiliare n. 26 del 25.06.2015 e in attuazione delle dd.G.R. Lombardia n. 2720 del 23.12.2019 e n. 2862 del 18.02.2020, è indetto

BANDO PUBBLICO

ai fini della concessione dei buoni sociali destinati a persone disabili gravi o non autosufficienti, residenti nell’Ambito territoriale di cui Ostiglia è Comune capo-fila.

Il presente Bando sarà pubblicato sul sito web del Piano di Zona e sul sito web dei Comuni del Distretto **fino al 30 novembre 2020.**

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

-) **care – giver familiare** (misura applicabile anche qualora ricorra il caso di chi si avvale di un assistente familiare – badante), con possibilità di integrazione economica del buono di cui trattasi nel caso di ricorso ad un assistente familiare, regolarmente impiegato.

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

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

- **essere residente** in uno dei Comuni dell’Ambito territoriale 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:

		Buono care-giver familiare	Buono Assistenti familiari
I.S.E.E. superiore a:	NON	€ 25.000,00	€ 25.000,00

(I.S.E.E. socio-sanitario in corso di validità, oppure in mancanza, con impegno a presentare il documento entro la data di scadenza del presente bando)

- 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

Le istanze presentate saranno esaminate, ai fini dell'ammissibilità, da apposita commissione valutatrice, UNICA per l'esame di tutte le domande che perverranno.

ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

Per ciascun richiedente verrà effettuata una valutazione socio – sanitaria, multidisciplinare come previsto dalle disposizioni regionali, della situazione personale, assistenziale, familiare ed economica del nucleo e verrà attribuito un punteggio.

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 I.S.E.E.	<i>Buono care giver familiare (compresa eventuale integrazione assistenti familiari)</i>	
	<i>Da €0,00 a €9.000,00</i>	8
	<i>Da €9.000,01 a €15.000,00</i>	5
	<i>Da €15.000,01 a €20.000,00</i>	3
	<i>Da €20.000,01 a €25.000,00</i>	1
Utilizzo servizio domiciliare comunale	<i>Accesso giornaliero per almeno 6 giorni la settimana</i>	- 5
	<i>Accesso almeno bisettimanale</i>	- 3
	<i>Accesso settimanale</i>	- 1

Utilizzo di voucher mediante benefici di categoria	Interventi ex INPDAP o benefici di altre categorie previdenziali	- 3
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 a 49%	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 E ASSISTENTE FAMILIARE:

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità massima del buono
Fino a 17	€ 100,00	€ 700,00
da 18 a 23	€ 150,00	€ 1.050,00
≥ a 24	€ 200,00	€ 1.400,00

INTEGRAZIONE DEL BUONO SUDETTO IN CASO DI PRESENZA DI ASSISTENTE FAMILIARE (badante):

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità massima del buono
fino a 17	€ 250,00	€ 1.750,00
da 18 a 23	€ 270,00	€ 1.890,00
≥ a 24	€ 300,00	€ 2.100,00

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:

-€ 93.000,00 per il buono care – giver e assistente familiare,

-€ 23.112,00 per il buono integrativo per assistente familiare,

Il beneficio decorrerà dal 1° giorno del mese successivo alla data di protocollo della domanda presentata al Comune di residenza.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda d'accesso al Buono Sociale dovrà essere presentata al Comune di residenza, anche tramite e-mail, utilizzando apposito modulo in distribuzione presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun Comune dell'Ambito Territoriale ovvero scaricabile dal sito on line del Comune di residenza. 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 ovvero afferente l'anno precedente, con obbligo di presentazione dell'I.S.E.E. aggiornato entro il termine di scadenza del bando;
- ➔ 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 il Comune, 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)

(firmato digitalmente ai sensi del T.U. n. 445/2000 e
D. Lgs. n. 82/2005 e s.m.i. e rispettive norme collegate)

Ostiglia, 22 maggio 2020



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI PER CARE-GIVER FAMILIARE E EVENTUALE INTEGRAZIONE PER ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE). ANNO 2020.

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 se non già depositata agli atti del Comune per lo stesso titolo, nell’anno 2019 e tuttora in regime di validità);
- il beneficiario è in possesso di **invalidità civile certificata al 100%** (COPIA ALLEGATA se non già depositata agli atti del Comune per lo stesso titolo, nell’anno 2019 e tuttora in regime di validità) con indennità di accompagnamento si no ;
 - che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una **attestazione ISEE (allegata o, in mancanza, che presenterà entro la data di scadenza del bando) NON superiore a € 25.000,00;**
- il beneficiario è assistito nella cura da:
 - care-giver familiare
 - assistente familiare regolarmente assunto con contratto di lavoro (vedi allegato, se non già depositata agli atti del Comune per lo stesso titolo, nell’anno 2019 e tuttora vigente);
- 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 compartecipare 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:

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 (ALLEGA COPIA)</i>		
<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 (ALLEGA COPIA)</i>		

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:

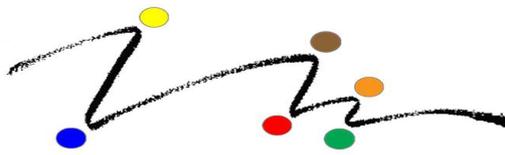
PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Inoltre, il sottoscritto, fornisce i seguenti dati:

Composizione nucleo	Altro Ambedue i genitori Ambedue i genitori + fratello/sorella Coniuge/ convivente Coniuge/ convivente + 1 genitore/ambedue in genitori Coniuge/ convivente + figlio/figli maggiorenne/i Coniuge/ convivente + figlio /figli minore/i	Coniuge/ convivente figli minori + figlio maggiorenne Figlio /figlia Fratello / sorella Madre Madre + fratello/sorella Padre Padre + fratello/sorella Solo
Care-giver	Altro Ambedue i genitori Cognato/cognata Coniuge convivente Cugino/a Figlio/figli	Fratello/sorella Madre Nessuno Nuora/genero Padre Zio/zia
Assistente a persona	Altro Assistente personale 24 ore Assistente personale qualificato 24 ore Assistente personale qualificato tempo parziale (max 7 ore/ die) Assistente personale qualificato a tempo pieno (min 7 ore/ die) Assistente personale tempo parziale (max 7 ore/ die) Assistente personale tempo pieno (min 7 ore/ die)	
Tipologia di assistito	Utente che non ha già ricevuto interventi B2 Utenti già misura b2 altri strumenti Utente già misure b2 buono sociale vita indipendente Utente già misura b2 malattia motoneurone con condizioni aggravate Demenza Disabilità a seguito di un evento traumatico Disabilità non post traumatiche Malattia del motoneurone Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria Disabilità sensoriale Altra malattia neurodegenerativa Disabilità comportamentale Ritardo mentale Sindromi congenite su base cromosomica Distrofie muscolari e altre miopatie Sclerosi multipla Altro	
I.S.E.E.	Ordinario Socio-sanitario beneficiario coniuge figli Socio- sanitario: solo beneficiario maggiorenne 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
