COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

COMUNE DI MARSICOVETERE

TEL. 0975/69033 – FAX 0975/69271 C.A.P. 85050

P.zza Municipio, 1 Tel. 0975.69033/352036 - Fax 0975.69271
P.E.C. comune.marsicovetere@cert.ruparbasilicata.it

COMUNE DI MARSICOVETERE

CAPOFILA DELL'AMBITO SOCIO-TERRITORIALE N. 4 VAL D' AGRI

(ARMENTO, CASTRONUOVO DI SANT'ANDREA, CORLETO PERTICARA, GALLICCHIO, GRUMENTO NOVA, GUARDIA PERTICARA, MARSICO NUOVO, MARSICOVETERE, MISSANELLO, MOLITERNO, MONTEMURRO, PATERNO, SAN CHIRICO RAPARO, SAN MARTINO D'AGRI, SANT'ARCANGELO, SARCONI, SPINOSO, TRAMUTOLA, VIGGIANO)

AVVISO PUBBLICO

IL RESPONSABILE

rende noto

che, ai sensi e per gli effetti della Deliberazione della Giunta Regionale n. 256 del 12/03/2013, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

1. FINALITÀ DEL CONTRIBUTO ECONOMICO

Il contributo economico è un intervento mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona affetta da SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica), evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona malata di SLA nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

Il contributo economico viene concesso per interventi:

- rivolti alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA (Contributo di tipo A);
- rivolti alla persona malata di SLA o alla sua famiglia che si avvale, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari, nell'ottica della conciliazione tra lavoro, impegno e attività di cura e realizzazione della vita personale (Contributo di tipo B).

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla D.G.R. n. 256 del 12/03/2013 le persone malate di SLA che

Prot. n. 3050 del 31/03/2021 (A) 1

Firmato digitalmente da
TERESA TROIANO
CN = TROIANO TERESA
O = COMUNE DI MARSICOVETERE
C = IT

- siano residenti in Basilicata da almeno 6 mesi;
- siano in possesso della certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- siano già inserite nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

È, inoltre, destinataria dei contributi economici la famiglia che assicura al proprio familiare malato di SLA con le caratteristiche sopra descritte la necessaria assistenza al domicilio, sia direttamente che attraverso l'impiego a titolo oneroso di assistenti familiari.

Per essere destinatari del contributo economico di tipo A, i familiari devono essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona affetta da SLA, ovvero garantire una presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

La persona malata di SLA è comunque identificata quale destinatario finale del contributo oggetto del presente avviso.

3. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

L'entità del contributo economico è stabilita in base a due variabili:

- la stadiazione della malattia;
- il ricorso o meno ad un aiuto a titolo oneroso.

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN PRESENZA DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 500,00
B	€ 1.200,00
C	€ 2.300,00
D	€ 3.000,00

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN ASSENZA DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 250,00
B	€ 600,00
C	€ 1.150,00
D	€ 2.000,00

Il livello di stadiazione deve essere certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari Hub o Spoke di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

Il contributo è concesso su base mensile e non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

Il contributo non è cumulabile con i benefici economici di altri programmi di sostegno alla disabilità quali, senza pretesa di esaustività, l'"Assegno di Cura" di cui alla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009, il contributo per persone in Stato vegetativo di cui alla D.G.R. n. 1016/2013, il contributo alle persone in condizione di disabilità gravissima di cui alle DD.G.R. n. 1037 dell'11/10/2018 e n. 1100 del 30/10/2018, ecc.

Il contributo economico sarà erogato mensilmente, compatibilmente con le risorse disponibili, dal Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accredito su conto corrente bancario.

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

4. RICHIESTE DI CONTRIBUTO ECCEDENTI I FINANZIAMENTI DISPONIBILI

Nel caso in cui le richieste di contributo eccedessero la disponibilità finanziaria dell'Ambito, avranno priorità le persone malate di SLA con una stadiazione più alta. Nel caso di parità di stadiazione, avranno priorità le persone malate di SLA con un ISEE più basso. Le richieste eccedenti saranno collocate in lista di attesa, stilata secondo i medesimi criteri. Allo scopo di far fronte all'eventualità di cui al presente punto, il Comune di residenza del beneficiario potrà richiedere l'attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013) o ISEE Minorenni.

5. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare per via elettronica la domanda di contributo economico, il cui modello è presente negli allegati A e B del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale http://sla.regione.basilicata.it o rivolgendosi all'Ufficio Sociale del Comune di residenza.

La domanda compilata on line dovrà essere stampata in triplice copia utilizzando la funzione stampa finale del sistema telematico.

Le tre copie firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, risultante dalla compilazione del formulario elettronico, devono essere consegnate a mano o per PEC-Posta Elettronica Certificata al Comune di residenza della persona malata di SLA entro n. 30 giorni dalla pubblicazione del presente avviso che continuerà a rimanere valido anche dopo tale data compatibilmente con la disponibilità di risorse finanziarie. Farà fede il timbro a data del Comune di residenza accettante.

La domanda non sarà accettata se:

- non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;
- risulterà stampata in versione bozza;
- risulterà modificata e/o integrata a mano.

Il richiedente può presentare domanda per una sola delle tipologie di contributo.

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub o Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.C.R. n. 256 del 12/03/2013;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A) o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con uno o più familiari o assistenti familiari (solo nel caso la persona non autosufficiente sia già assistita da familiari o assistenti familiari e richieda il contributo di tipo B).

6. DEFINIZIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

Il Comune di residenza della persona affetta da SLA ricevute le domande le invia entro 5 giorni, complete di allegati, trattenendone copia, al Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale di appartenenza che ne verifica l'ammissibilità e, entro 20 giorni dalla data di ricezione delle domande

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

trasmesse dal Comune di residenza della persona affetta da SLA, stila ed approva l'elenco di Ambito dei beneficiari comprensivo dell'eventuale lista di attesa, dandone comunicazione ai Comuni interessati facenti parte dell'Ambito.

7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Il Servizio Sociale del Comune di residenza dei singoli beneficiari, entro 10 giorni dalla pubblicazione dell'elenco provvisorio, contatta consultivamente il Centro Spoke per la SLA-Coordinamento Cure Domiciliari e Palliative territorialmente competente, di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, per procedere alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato con le modalità descritte al successivo punto 8 sulla base di quello già predisposto dal Centro di Riferimento.

Nel PAI deve essere presente la certificazione del livello di stadiazione rilasciata dal Centro di Riferimento Regionale Hub o Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

Il PAI sarà redatto ed approvato entro e non oltre 40 giorni dall'approvazione dell'elenco dei beneficiari.

La mancata sottoscrizione del PAI entro i termini prescritti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo economico. L'erogazione del contributo economico sarà riattivata dal mese successivo all'avvenuta firma. La firma del PAI non dà luogo al riconoscimento di arretrati in caso di subentro a seguito di esclusione di un beneficiario.

8. PRESA IN CARICO

Sulla base dell'elenco provvisorio dei beneficiari di cui al precedente punto 7 il Servizio sociale comunale competente attiva il procedimento di "presa in carico" del beneficiario attraverso la definizione e l'approvazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che diviene la condizione necessaria per l'erogazione del contributo economico.

La presa in carico deve risultare attiva nel sistema informativo del Programma regionale entro il giorno 10 del mese successivo all'approvazione del PAI. Il Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale verifica lo stato della presa in carico e trascorso tale termine, se questa non risulta attivata sul sistema informativo regionale, sollecita i Comuni di residenza per avviare le procedure di "presa in carico".

Alla definizione ed alla gestione del PAI concorrono, oltre al Servizio Sociale comunale competente, anche la famiglia ed altri soggetti interessati od interessabili.

Responsabile del PAI è un Case Manager individuato nella figura dell'assistente sociale del Servizio sociale comunale.

Il Case Manager cura le diverse fasi della presa in carico che riguardano la valutazione, la redazione del piano di assistenza individualizzato e la rivalutazione, svolgendo il ruolo di raccordo tra gli attori delle suddette fasi e con altri soggetti di volta in volta interessati od interessabili alle medesime.

Il Case Manager verifica, inoltre, l'eventuale sopravvenienza delle cause di esclusione o di sospensione del beneficio indicate al successivo punto 9.

Il Piano di Assistenza Individualizzato è predisposto dal Servizio Sociale comunale competente, attraverso il Case Manager e deve contenere:

- gli obiettivi generali ed obiettivi specifici, riferiti questi ultimi ai diversi attori del progetto;
- la durata prevista;
- il programma degli interventi;
- il livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale Hub oppure Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012;
- i vincoli negoziati tra le parti;
- gli impegni della famiglia del beneficiario o, se esistente, del "caregiver";

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

- la responsabilità dei singoli operatori dei servizi della rete per l'attuazione del programma degli interventi;
- i bisogni formativi e/o di addestramento dei caregivers.

Il Piano di Assistenza Individualizzato va aggiornato almeno ogni 4 mesi, in base alle condizioni generali del paziente e della sua famiglia e in tempo utile per valutare le possibili variazioni del percorso assistenziale, nonché in considerazione dell'eventuale variazione del livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

Ad ogni aggiornamento del PAI da parte del Servizio Sociale del Comune di residenza del beneficiario, sarà possibile modificare la tipologia di contributo da "A" a "B".

Mensilmente per le domande di tipo "B" il referente comunale potrà comunicare che per una determinata mensilità il beneficiario non è in grado di produrre la documentazione comprovante l'ausilio di un sostegno a titolo oneroso e pertanto riceverà il contributo di importo pari alla domanda di tipo "A" per lo stesso livello di stadiazione.

9. GESTIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

L'elenco di Ambito dei beneficiari diventa definitivo dopo la firma del PAI.

Il diritto dei beneficiari al contributo economico decorre dal mese di presentazione della domanda. In caso di subentro il diritto del beneficiario subentrato decorre dal mese di sottoscrizione del PAI.

Le domande che perverranno dopo la scadenza fissata nell'Avviso Pubblico saranno comunque ricevute dal Comune - che le invia entro 5 giorni, complete di allegati, trattenendone copia, al Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale di appartenenza - e i richiedenti, previa verifica di ammissibilità da parte del Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale, saranno aggiunti, entro 20 giorni dalla data di ricezione delle domande trasmesse dal Comune di residenza della persona affetta da SLA, all'elenco dei beneficiari nel rispetto dei criteri di cui al precedente punto 4.

Le eventuali variazioni dell'elenco dei beneficiari da parte dei Comuni di residenza degli stessi dovranno essere registrate ed inviate tramite il sistema informativo del programma entro il giorno 10 di ogni mese al Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale in tempo utile perché quest'ultimo possa predisporre i pagamenti. Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

L'eventuale documentazione cartacea relativa alle variazioni intervenuta dovrà essere inviata, immediatamente dopo tale registrazione nel sistema, al Comune Capofila.

10. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE

Il ricovero in struttura residenziale o sanitaria di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione del contributo economico per la durata del ricovero fino a complessivi quattro mesi.

Il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo o di durata superiore a quattro mesi in struttura residenziale o sanitaria, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.

Sono applicabili a questo intervento economico anche le cause di esclusione o di sospensione previste per l'indennità di accompagnamento.

Il beneficiario o chi per lui si impegna a comunicare in autocertificazione secondo le normative vigenti qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro 15 giorni al Comune di residenza.

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

11. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 – REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI E DEL CODICE DELLA PRIVACY ITALIANO, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 101/2018)

I dati personali sono trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (*breviter* Regolamento UE), nonché ai sensi del D.lgs. n.196 del 2003, così come novellato dal D.lgs. 101 del 10 agosto 2018 e in vigore dal 19 settembre 2018. Base giuridica del trattamento è l'art.6, paragrafo 1, lettera e): "il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento", che nel caso di specie consiste nell'erogazione di servizi sociali e sociosanitari a favore di soggetti considerati vulnerabili. I dati, dal momento che i servizi sociali e sociosanitari richiesti sono gestiti in forma associata tra i Comuni dell'Ambito n. 4 Val d'Agri, saranno comunicati al Comune capofila dai Comuni che riceveranno la domanda. L'interessato dovrà sottoscrivere l'informativa completa allegata alla domanda.

MARSICOVETERE, 30/03/2021

Il Responsabile
Dott. Palmino Fiore

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

Allegato A

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "A"

(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

prot. n° _____

del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° ____, telefono _____

in qualità di _____ (*titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno*)

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "A"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° ____, telefono _____

A tal fine, il sottoscritto

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 interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare malato di SLA presso il suo domicilio;

c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;

d. di essere a conoscenza che, nel caso predetto, la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° ____, telefono _____

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

3. 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:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____

  IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
☐	☐	☐

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona affetta da SLA:

a) l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
b) il decesso;
c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

In fede

Luogo, _____

Data ___/___/_____

IL DICHIARANTE

_____
(firma leggibile)

Allega:
- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A);
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno;
- informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

_____
(firma leggibile)

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

Allegato B

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "B"

(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____

prot. n° _____

del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° ____, telefono _____

in qualità di _____ (*titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno*)

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "B"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° ____, telefono _____

A tal fine, il sottoscritto

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 interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. che la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;

ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona malata di SLA sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;

d. di essere a conoscenza che, nel caso predetto, la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° ____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____ _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/_____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/_____

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____ _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/_____

3. 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:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____

IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
☐	☐	☐

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona affetta da SLA:

a) l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
b) il decesso;
c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
d) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data ___/___/_____

IL DICHIARANTE

_____
(firma leggibile)

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore amministratore di sostegno.
- informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

_____

(firma leggibile)

COMUNE DI MARSICOVETERE - c_e977 - 0004323 - Uscita - 30/03/2021 - 15:54