



## *dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

### **AVVISO PUBBLICO 2014 PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA D'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI.**

(Delibera della Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009 , n. 6 del 09 gennaio 2012 e Decreto n.15 APS/2014)

Sono destinatari del presente Avviso Pubblico le persone anziane non autosufficienti che, nel Territorio dell'Ambito Territoriale Sociale XVI di San Ginesio, permangono nel proprio contesto di vita e di relazioni attraverso interventi di supporto assistenziale gestiti direttamente dalle loro famiglie o con l'aiuto di assistenti familiari private e in possesso di regolare contratto di lavoro, iscritta al registro regionale o comunque formata nelle modalità indicate dalla Regione.

Nel caso di compresenza di più persone non autosufficienti nello stesso nucleo familiare **viene concesso un massimo di n.2 assegni di cura**, utilizzando come titolo di precedenza la maggiore età e, a parità di età, la valutazione dell'assistente sociale dell'ATS XVI in merito alla gravità delle condizioni di maggiore bisogno di assistenza. Sono escluse dall'assegno di cura le persone non autosufficienti che vivono in strutture sociali e socio-sanitarie previste dalle LR 20/2002 e LR 20/2000.

#### **REQUISITI DI ACCESSO:**

1. La persona anziana assistita deve necessariamente:
  - a) aver compiuto i **65 anni di età** alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
  - b) essere **dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100% e usufruire di indennità di accompagnamento (vale la certificazione di invalidità anche per il caso di cecità)**;
  - c) essere **residente**, nei termini di legge, **in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale XVI di San Ginesio** ed usufruire di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato.
  - d) presentare una **certificazione ISEE**, riferita al periodo di imposta 2013, con un valore massimo di:
    - **€ 11.000,00** in caso di anziano non autosufficiente residente da solo;
    - **€ 25.000,00** in caso di anziano non autosufficiente facente parte di un nucleo familiare pluricomposto.
  - e) non appartenere ad un Ordine Religioso (per i contributi diretti agli anziani religiosi non autosufficienti vedere la DGR 6/2012 , DGR 538/2012 – DGR n. 864/2012 – Decreto del Dirigente n. 17/PSI del 09/07/2012 )

**Nel caso in cui l'assistente familiare risultasse inserita nello stato di famiglia dell'anziano non autosufficiente si darebbe luogo al nucleo familiare estratto di cui all'art. 3, comma 3, del D.lgs 109/98 e art. 1 comma 7 del Dpcm 221/99 come modificato dal Dpcm 242/01, e pertanto il reddito dell'assistente va escluso dall'ISEE.**

#### **POSSONO PRESENTARE DOMANDA:**

- d) **l'anziano stesso**, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- e) **i familiari, entro il 4° grado**, che accolgono o meno l'anziano nel proprio nucleo o che si prendono cura dello stesso anche se non convivente;
- f) **il soggetto incaricato alla tutela dell'anziano** in caso di incapacità temporanea o permanente (tutore, curatore, amministratore di sostegno o figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana purché sia residente in uno dei Comuni dell'ATS 16).

#### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

La domanda di assegno di cura, redatta su apposito modello, dovrà pervenire tramite consegna a mano durante l'orario di ufficio e precisamente dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 13,00 e il martedì e il giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,00, o inviate per posta con raccomandata e ricevuta di ritorno (nel qual caso farà fede il timbro postale di spedizione), **solo ed esclusivamente** presso la sede dell'ente capofila dell'ATS XVI:

**COMUNITA' MONTANA DEI MONTI AZZURRI DI SAN GINESIO – UPS - via Piave, 12 62026 San Ginesio,**

**ENTRO E NON OLTRE IL**  
**30 NOVEMBRE 2014**

**Le domande pervenute oltre il termine previsto e/o in difformità con le modalità di presentazione sopra specificate verranno escluse dalla valutazione e ammissione in graduatoria.**



## *dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

Codesto Ente non assume responsabilità per la dispersione e/o ritardo nella consegna o presentazione della suddetta domanda e della relativa documentazione allegata; inoltre l'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del richiedente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

### **1. La domanda deve essere corredata obbligatoriamente, pena l'esclusione, dalla seguente documentazione:**

- a) **attestazione ISEE**, riferita al periodo di imposta 2013, in corso di validità, completa di **dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.)**;
- b) copia di un valido **documento di identità** del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- c) **copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile**, con riconoscimento dell'**indennità di accompagnamento percepita al momento della consegna della domanda** (non sono messe a contributo le persone che hanno in corso di valutazione la domanda per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento);
- d) dichiarazione relativa alle **modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata** nell'arco delle 24 ore (allegato 2) ;

N.B. la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

### **ENTITA' DEL CONTRIBUTO ECONOMICO:**

L'entità dell'assegno di cura a favore dei destinatari è **pari ad € 200,00 mensili** ed ha durata annuale, non costituisce vitalizio, ma supporto personalizzato in attuazione nell'Ambito del "Piano Assistenziale Individualizzato" (PAI), finalizzato a supportare momentaneamente la famiglia che assiste l'anziano.

L'entità dell'assegno di cura sarà erogato trimestralmente.

L'eventuale diritto all'assegno di cura verrà riconosciuto dal 01/01/2015.

### **L'assegno di cura viene interrotto:**

1. in caso di inserimento permanente in struttura residenziale sociale, sanitaria o socio-sanitaria;
2. Nel caso in cui il destinatario acceda al SAD (tradizionale e/o per non autosufficienti)
3. in caso di inserimento temporaneo continuativo per un periodo superiore a 60 giorni in struttura residenziale sociale, sanitaria o socio-sanitaria;
4. col venir meno delle condizioni previste all'atto della sottoscrizione degli impegni assunti coi destinatari dei contributi nel "patto di assistenza";
5. col venir meno delle condizioni di accesso e in genere delle finalità previste dall'intervento.

In caso di interruzione si procederà allo scorrimento della graduatoria con **decorrenza non retroattiva del beneficio economico.**

**L'Assegno di cura non è di norma cumulabile con il Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)**; i beneficiari del SAD anziani non autosufficienti possono presentare richiesta di accesso al contributo ferma restando la **non cumulabilità degli interventi**; il diritto all'assegno pertanto decorrerà dal momento di interruzione del SAD per non autosufficienti successivo all'approvazione della graduatoria.

### **PERCORSO PER ACCEDERE ALL'ASSEGNO DI CURA:**

Il Coordinatore dell'ATS XVI, in collaborazione con i competenti servizi sociali e socio sanitari, attiva un iter procedurale per definire gli aventi diritto all'assegno di cura. In particolare verrà predisposta la graduatoria in base ai valori ISEE.

La graduatoria non dà immediato diritto al contributo che sarà subordinato anche alla realizzazione di un "patto" di assistenza domiciliare da sottoscrivere a cura delle parti nel quale vengono individuati:

1. i percorsi assistenziali a carico della famiglia,
2. gli impegni a carico dei servizi,
3. la qualità di vita da garantire alla persona assistita,
4. le conseguenti modalità di utilizzo dell'assegno di cura,
5. la tempistica di concessione dello stesso.



## *dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

Al fine di valutare la possibilità di stipulare un “patto di assistenza”, parte integrante del Piano di assistenza individualizzato (PAI) del quale l’assegno di cura è supporto personalizzato, in sede di presentazione della domanda il soggetto richiedente (sia esso l’anziano, il suo tutore o la famiglia) è tenuto a presentare, sotto la sua responsabilità, una dichiarazione nella quale devono essere indicate nel dettaglio le modalità di gestione dell’attività assistenziale erogata nell’arco delle 24 ore nelle varie forme possibili ed integrabili (assistente familiare in possesso di regolare contratto di lavoro, familiari del soggetto non autosufficiente, altro specificato). La dichiarazione sarà valutata ed eventualmente sottoposta a verifica, anche periodica, da parte dell’Assistente sociale o dell’Unità Valutativa Integrata.

L’assistente sociale può avvalersi delle professionalità che compongono l’UVI, di cui la stessa fa parte, nel caso di situazioni caratterizzate da alta complessità assistenziale, che richiedono la presenza di competenze sanitarie.

Come stabilito dalla DGR n.985/2009 , la DGR n. 6/2012 **la graduatoria non dà immediato accesso al contributo**, essendo lo stesso subordinato alla valutazione dell’Assistente Sociale dell’ATS XVI e, se necessaria, dell’Unità Valutativa Integrata del Distretto Sanitario che può essere negativa in assenza delle condizioni per stipulare il “patto di assistenza”, in particolare:

- **assenza di adeguata assistenza nelle 24 ore;**
- **non gestibilità dell’anziano a domicilio;**
- **ambiente non idoneo;**
- **decesso del beneficiari prima della stipula del “patto di assistenza”.**

Al termine del percorso sopra indicato ai singoli richiedenti verrà trasmessa una comunicazione scritta relativa all’esito della domanda.

### **PER REPERIRE I MODELLI DI DOMANDA ED OTTENERE EVENTUALI INFORMAZIONI rivolgersi a:**

- Assistente sociale Dott.ssa Catia Zacconi **Ufficio Promozione Sociale ATS XVI - Ambito Territoriale Sociale XVI**, via Piave n. 12 - 62026 San Ginesio (MC) - tel: 0733/656336 int. n. 5 e n.1.
- [www.ats16.it](http://www.ats16.it)
- [www.montiazurri.it](http://www.montiazurri.it)
- **Comune di residenza.**

Per quanto non specificato nel presente avviso si rinvia alla Delibera Amministrativa della Regione Marche n. 985 del 15 giugno 2009 , n. 6 del 09 gennaio 2012 , n. 139 del 07 ottobre 2013 e Decreto n. 15/APS del 10/04/2014.

Si precisa che l’erogazione dell’assegno di cura, di cui al presente bando, è subordinata all’effettivo finanziamento da parte della Regione Marche, nella misura stabilita dal Comitato dei Sindaci dell’Ambito Territoriale Sociale XVI con verbale del 13/10/2014.

San Ginesio li 28/10/2014

Il Coordinatore  
Ambito Territoriale Sociale XVI  
*F.to Dott. Valerio Valeriani*



dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

**Allegato 1**

Timbro di arrivo al protocollo  
dell'Ente

**All'Ente capofila dell'ATS XVI**

**Comunità Montana dei Monti Azzurri  
Ufficio Promozione Sociale  
Via Piave n.12  
62026 San Ginesio (MC)**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA  
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ANNO 2014**

(Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 15 giugno 2009, DGR 6 del 09 gennaio 2012, Decreto 15/APS del 10 aprile 2014)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( )

CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

in qualità di (*barrare la voce che interessa*):

- persona anziana in situazione di non autosufficienza
- familiare convivente con l'anziano
- tutore/curatore/amministratore di sostegno o figlio che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana

**presenta domanda di Assegno di Cura**

per il/la sig./sig.ra

\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

Telefono \_\_\_\_\_

(*indicare solo se diverso dalla residenza*)

domiciliato a \_\_\_\_\_ ( ) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ .



## dell'Ambito Territoriale Sociale XVI

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle conseguenze e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto DPR, nel caso di dichiarazioni false o comunque non rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

### DICHIARA

1. Di essere residente in uno dei Comuni dell'ATS XVI
2. Che il soggetto non autosufficiente (come sopra individuato), ha compiuto 65 anni alla scadenza dell'avviso pubblico per l'accesso all'assegno di cura, è stato dichiarato non autosufficiente con certificazione di invalidità civile pari al 100% e usufruisce di indennità di accompagnamento.
3. che la situazione economica, calcolata sull'ISEE corrente (**periodo d'imposta 2013**) è di € \_\_\_\_\_ (max € 11.000,00 in caso di anziano non autosufficiente solo, € 25.000,00 in caso di anziano non autosufficiente residente presso il nucleo familiare).
4. Che a sostegno del soggetto non autosufficiente (come sopra individuato) sono in atto interventi assistenziali gestiti:

- direttamente dalla famiglia del soggetto  
indicare la persona di riferimento:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

- da assistenti domiciliari privati **in possesso di regolare contratto di lavoro.**

Indicare le generalità dell'Assistente familiare:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n.  
\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

5. Che il Medico di medicina generale del soggetto non autosufficiente è il  
Dott. \_\_\_\_\_



*dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

6. Di impegnarsi a **comunicare in forma scritta, pena l'interruzione dell'erogazione dell'assegno di cura** nel termine di 30 giorni e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, ogni variazione dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato nella presente domanda (*es. ingresso in una struttura residenziale, ricovero temporaneo, decesso, cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio, cambiamento della persona di riferimento, cambiamento dell'assistente familiare, variazioni delle modalità di riscossione del beneficio, ecc*)
7. Di essere consapevole che la dichiarazione ISEE, allegata alla presente domanda, potrà essere sottoposta a verifiche e controlli del Comando Provinciale della Guardia di Finanza.

Allega obbligatoriamente alla presente:

- attestazione I.S.E.E. (dell'anziano solo o del nucleo familiare convivente) completa di Dichiarazione Sostitutiva Unica – periodo d'imposta anno 2013);**
- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente;**
- copia fronte-retro dell'ultimo verbale di invalidità civile, con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;**
- Dichiarazione sulle modalità di gestione dell'attività assistenziale erogata nell'arco delle 24 ore (allegato 2)**
- Informativa privacy sottoscritta**

Luogo, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)



## *dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

### **INFORMATIVA PRIVACY**

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003 Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti al servizio "Servizi sociali" verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, unicamente per la corretta esecuzione dei compiti istituzionali attinenti al servizio (prestazioni socio assistenziali),
2. Il trattamento dei dati avverrà presso la Comunità Montana e l'Ambito Territoriale Sociale XVI, quale titolare del trattamento dati, attraverso modalità cartacee e/o informatizzate. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che debbano partecipare al procedimento amministrativo (Servizio protocollo, Ragioneria, ASUR Marche ZT. di riferimento, Provincia, Regione Marche, Istituti di Credito, ecc.)
3. Il presente trattamento, poiché riguardante dati sensibili, è svolto sulla base delle seguenti disposizioni normative, ovvero di regolamento: D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009 - DGR 6 del 09 gennaio 2012.
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, e poter accedere ai benefici di cui alla D.G.R. Marche n. 985 del 15 giugno 2009 - DGR 6 del 09 gennaio 2012. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta quindi l'impossibilità di beneficiare della prestazione finale prevista.
5. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Comune/ Comunità Montana, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice della privacy, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.
6. L'avvio del procedimento decorre dalla data di presentazione della domanda. I termini di conclusione del procedimento sono indicati in 180 giorni dalla data di erogazione all'ATS XVI del contributo regionale.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Il sottoscritto, preso visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03.

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_



*dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

**Allegato 2**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art.47 DPR 28 dicembre 2000,n.445)  
MODALITA' DI GESTIONE ATTIVITA' ASSISTENZIALE**

Il/la sottoscritto/a ....., in relazione alla domanda d'accesso all'assegno di cura per anziani non autosufficienti (DGR 985/2009 - DGR 6 del 09 gennaio 2012 ), presentata in qualità di ..... ai sensi dell'art.47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445;

consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità di atti e l'uso di atto falso costituiscono reato ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445 e comportano l'applicazione della sanzione penale;

**DICHIARA**

che, per l'anno 2014/15 per il quale si richiede l'assegno di cura, l'Assistenza h 24 al Sig. /Sig.ra ....., beneficiario/a del contributo richiesto, è organizzata come di seguito riportato:

**(Giorno o giorni della settimana, periodo dell'anno) .....**

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....





*dell'Ambito Territoriale Sociale XVI*

**(Giorno o giorni della settimana, periodo dell'anno)** .....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

**(Giorno o giorni della settimana, periodo dell'anno)** .....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

Dalle ore ..... alle ore .....

assistente (nome).....definizione ruolo.....

In Fede.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_