



Comune di Sparanise

ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9

SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO



AMBITO TERRITORIALE C9

AVVISO PUBBLICO

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI PER IL "DOPO DI NOI" PER PERSONE CON DISABILITA' SENZA IL NECESSARIO SUPPORTO FAMILIARE (LEGGE 22 GIUGNO 2016, N. 112 - AZIONI a, b, c, d).

Il presente Avviso Pubblico finanzia interventi a carattere regionale a valere sul fondo ex L.112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".

Obiettivo dell'Avviso è quello di:

- promuovere percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione;
- promuovere interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative;
- promuovere programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana, anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale;
- interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità

Destinatari

I beneficiari sono persone in condizione di disabilità grave certificata ai sensi della L. 104/1992 art.3, comma 3 o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, ossia, persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare, come definito col Decreto ministeriale 23 novembre 2016, (art. 1, comma 1, lett. b).

Possono proporre istanza di finanziamento le persone con disabilità, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, in possesso dei seguenti requisiti minimi di accesso:

- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;

- di un'età compresa tra 18 e 64 anni (è possibile sostenere la continuità degli interventi, anche in deroga al limite massimo di età, tenuto conto che i beneficiari sono persone con disabilità grave non dovuta al naturale invecchiamento o a patologie connesse all'età);

- anche se beneficiari delle misure previste dalla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione delle persone con disabilità realizzata dagli Ambiti Territoriali con fondi trasferiti alla Regione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e delle azioni previste dai Programmi regionali FNA.

Priorità di accesso

In coerenza con quanto previsto dal D.M. 23/11/2016 si individuano i seguenti target ovvero le seguenti priorità di accesso ai servizi, indicate in ordine decrescente:

a. persone con disabilità grave, mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

b. persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

c. persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

SPESE AMMISSIBILI

Sono spese ammissibili ai fini della costruzione del quadro economico del progetto Dopo di Noi per ciascun avente diritto, le seguenti voci:

a) spesa per la contrattualizzazione di un assistente personale e per i relativi oneri contributivi (indicativamente max 50% del totale del costo del progetto);

b) spese per acquisto di ausili domotici per l'ambiente domestico e per acquisto di ausili tecnologici innovativi per favorire la connettività (indicativamente max 15% del totale del costo del progetto);

c) spese per arredi (indicativamente max 10% del totale del costo del progetto);

d) spese per il canone di locazione (indicativamente max 20% del totale del costo del progetto);

e) spese per ristrutturazione e abbattimento barriere architettoniche (indicativamente max 20% del totale del costo

del progetto);

f) spese per utenze generali (indicativamente max 5% del totale del costo del progetto);

g) altre spese, purché motivatamente connesse al perseguimento degli obiettivi del progetto Dopo di Noi e comunque soggette ad approvazione.

In relazione a tutti gli interventi previsti nel progetto il costo complessivo dello stesso non potrà superare l'importo di €. 40.000,00 per la durata di 12 mesi. La concessione di ulteriori contributi per le successive annualità del medesimo progetto Dopo di Noi sarà subordinata alla possibilità di impiego di ulteriori risorse economiche rinvenienti da successivi finanziamenti a quello che assicura la copertura del presente Avviso e solo qualora l'ammissione di nuovi progetti non assorba l'intero importo disponibile.

Termini e modalità per la presentazione dell'istanza

Ove ricorrano i requisiti di cui alla voce *Destinatari* tutti i soggetti interessati possono presentare istanza di accesso (a firma del richiedente o amministrato di sostegno/tutore) al contributo a mano ovvero a mezzo pec al protocollo del Comune di residenza ,utilizzando l'apposito allegato A, a partire dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso e fino al 30 settembre 2021. Nel caso di sussistenza di risorse successivamente alla scadenza prefissata saranno comunque accolte eventuali altre domande.

Alla domanda deve essere allegato il progetto individuale, secondo lo schema di bozza allegato al presente avviso, di cui all'art. 14 della L. 328/2000. Se le esigenze sono di natura socio-sanitaria va effettuata valutazione in sede di UVI; se le esigenze espresse sono soltanto di natura sociale, il progetto personalizzato può essere redatto solo in termini sociali. L'Ambito territoriale individua un case manager responsabile del progetto.

Tutte le istanze pervenute presso i Comuni dell'Ambito C09 dovranno essere trasmesse al Comune di Sparanise capofila dell'Ambito Territoriale C09, entro il 08/10/2021.

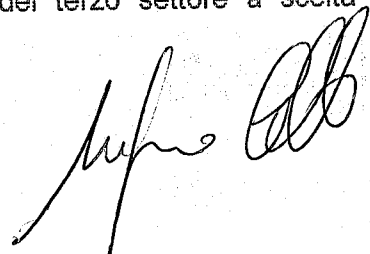
Fasi

L'Ambito Territoriale C09 costituisce una commissione di valutazione dei progetti individuali composta dai componenti dell'Ufficio di Piano e del Servizio Sociale Professionale, verifica la sussistenza dei requisiti di accesso al contributo ed approva ammettendo a finanziamento, il Progetto dopo di Noi che ha superato positivamente l'iter istruttorio. Dopo l'ammissione a finanziamento, l'Ambito Territoriale trasmette gli atti (istanza del soggetto, progetto individuale, ammissione a finanziamento) alla Regione Campania, la quale, sulla base delle risorse disponibili provvede a formalizzare la concessione del finanziamento a valere sulle risorse di cui al presente avviso.

L'Ambito Territoriale competente per territorio sottoscrive con il soggetto beneficiario e il suo nucleo familiare un apposito contratto per l'attuazione del Progetto dopo di Noi.

Sostegno tecnico all'elaborazione dei progetti personalizzati.

Per informazioni rivolgersi al Servizio sociale professionale dei singoli Comuni dell'Ambito C10. Per sostegno e collaborazione all'elaborazione dei progetti personalizzati del "Dopo di noi" è possibile rivolgersi anche all'Associazione di categoria presente sul territorio (FEDERHAND/FISH CAMPANIA Email: federhand.fishcampania@gmail.com) e a rappresentanti del terzo settore a scelta dell'interessato.



PROGETTO PERSONALIZZATO PER IL DOPO DI NOI

Dati anagrafici del beneficiario

Cognome	_____
Nome	_____
Comune di nascita	_____ prov. _____
Data di nascita	__ / __ / __
Codice Fiscale	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
Indirizzo:	_____
cap.	_____
Recapito telefonico:	_____
Indirizzo email:	_____
Stato civile:	☐ coniugato/a ☐ separato/a – divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ celibe/nubile
Sesso:	☐ M ☐ F
Titolo di studio:	_____
Condizione lavorativa:	_____

Dati relativi alla rete familiare:

Parenti conviventi

(Sono da intendersi tutte le persone che effettivamente coabitano con l'utente).

<i>N. Prog.</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Relazione parentale</i>	<i>Professione</i>	<i>Età</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Altre persone di riferimento non conviventi
(altri parenti, rete amicale, vicinato, associazionimo, terzo settore, etc.).

N. Prog.	Nome e cognome	Tipo di Relazione	Tipologia di supporto	Frequenza (quotidiana, sett., mensile, occasionale, etc.)
1				
2				
3				
4				
5				

Note:

C) Referente/Tutore/Amministratore di Sostegno (la persona che si occupa per la maggior parte del tempo della cura dell'utente e/o ne detiene la tutela giuridica come da Decreto di Nomina Tutore/Amministratore di Sostegno).

Cognome _____ Nome _____

Residenza _____ Comune _____

Telefono _____ Cellulare _____ email _____

☐ convivente ☐ familiare ☐ Tutore/Amministratore di sostegno ☐ vicino di casa

Età _____ Professione _____

NOTE E INFORMAZIONI c/c Bancari e/o Postali (IBAN- Intestatario del conto, ecc...)

MMG: Nome _____ Cognome _____

Asl _____ Distretto Sanitario _____

Telefono _____ Email _____

CONDIZIONE ABITATIVA

Tipologia di godimento dell'abitazione:

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ☐ proprietà | ☐ alloggio pubblico assegnato | ☐ comodato gratuito |
| ☐ in fitto | ☐ ospite presso terzi | ☐ usufrutto |
| ☐ altro _____ | | |

Dislocazione sul territorio:

- | |
|---------------------------------------|
| ☐ servita |
| ☐ poco servita |
| ☐ isolata |

Barriere architettoniche:

- | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Piano _____ | Ascensore | ☐ Si | ☐ No |
| ☐ assenti | ☐ solo interne | | |
| ☐ solo esterne | ☐ sia interne che esterne | | |

Spazio fruibile:

- | |
|---|
| ☐ sufficiente |
| ☐ parzialmente sufficiente |
| ☐ non sufficiente |

Servizi igienici:

- | |
|---------------------------------------|
| ☐ presenti |
| ☐ non adeguati |
| ☐ assenti |

Riscaldamenti:

- | |
|---|
| ☐ presenti funzionanti |
| ☐ presenti non funzionanti |
| ☐ presenti mal funzionanti |
| ☐ assenti |

Note:

Diagnosi certificata:

Bisogno espresso:

DESCRIZIONE PROGETTO

Obiettivi che si intendono raggiungere:

Personali/sociali (assistenza alla persona, sostegno psicologico, autonomia personale, ecc...)

Preventivo: _____

Inclusione sociale (tirocini per l'inclusione sociale, ecc...)

Preventivo: _____

Ambiente domestico (ristrutturazione e abbattimento barriere architettoniche, canone di locazione, arredi, ausili domotici, ausili tecnologici innovativi per la connettività, ecc...)

Preventivo: _____

Risultati attesi a breve termine (4° mese)

Risultati attesi a medio termine (8° mese)

Risultati attesi a lungo termine (12° mese)

Descrizione degli Interventi e dei costi relativi all'Azione A: "promuovere percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione".

Descrizione degli Interventi e dei costi relativi all'Azione B: "promuovere interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative".

Descrizione degli Interventi e dei costi relativi all'Azione C: "promuovere programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana, anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale".

Associazione del Terzo Settore Coinvolta: _____

QUADRO FINANZIARIO

Tipologia di spesa	Dettaglio	Dettaglio	Totale
Spese per la contrattualizzazione di un assistente personale e per i relativi oneri contributivi			

Spese per l'acquisto di ausili domotici per l'ambiente domestico e per l'acquisto di ausili tecnologici innovativi per favorire la connettività			
Spese per arredi			
Spese per il canone di locazione			
Spese per ristrutturazione e abbattimento barriere architettoniche			
Spese per utenze generali			
Altre spese, purché motivatamente connesse al perseguimento degli obiettivi del progetto Dopo di Noi e comunque soggette ad approvazione			
TOTALE			

Totale delle Risorse necessarie per la realizzazione del progetto

Azione A € _____

Azione B € _____

Azione C € _____

Totale € _____

Verifica e aggiornamento del piano:

1. Valutazione a breve termine: a 4 mesi dall'inizio del progetto
2. Valutazione a medio termine: a 8 mesi dall'inizio del progetto
3. Valutazione a lungo termine : a 12 mesi dall'inizio del progetto

L'Utente/tutore

Allegati:

- ☐ Decreto Nomina Tutore e/o Amministratore di Sostegno
- ☐ Copia documentazione c/c Bancario/Postale
- ☐ Documento di riconoscimento
- ☐ Copia Verbali di Inv. Civ. e Legge n. 104/'92
- ☐ Preventivi a supporto dell'autorizzazione del progetto



Comune di Sparanise

ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9

SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO



AMBITO TERRITORIALE C9

Allegato A

*Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi"
per persone con disabilità senza il necessario supporto familiare
(Legge 22 giugno 2016, n. 112).*

MODULO DI DOMANDA

Al Comune di-----

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto
destinatario del beneficio, nato/a a _____ il _____,
residente in _____ alla via/piazza _____

Recapito/i telefonico/i _____

Indirizzo mail _____

PEC _____

Oppure, se impossibilitato alla compilazione e firma

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____, residente in _____ alla via _____

In qualità di rappresentante/curatore (specificare: _____)

Degli interessi del soggetto destinatario del beneficiario indicato _____

Recapito/i telefonico/i _____

Indirizzo mail _____

PEC _____

visti gli Avvisi Pubblici approvati con Decreto Dirigenziale del Direttore Generale della Direzione Politiche Sociali e Sociosanitarie n.2/2018,n.443/2019,n. 148 del 23/10/2017, e consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di esclusione

CHIEF

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" per persone con disabilità senza il necessario supporto familiare.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci **dichiara** di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare, che:

☐ la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

[] di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92 o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;

_____ di essere residente nel Comune di _____ afferente all'Ambito Territoriale C09;

dichiara altresì di essere in una delle seguenti condizioni:

☐ persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali (certificate dall'ISEE ristretto), non beneficiaria di trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

condizione di disabilità;
 [] persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

_____ persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;

Breve descrizione delle caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale e familiare.

[illegible]

Indicazione del Soggetto con cui si è condivisa la predisposizione del progetto tecnico e preventivo dell'intervento:

DENOMINAZIONE: _____

SEDE LEGALE: _____

PREVENTIVO (DA ALLEGARE): _____

Breve illustrazione del progetto di vita autonoma, degli obiettivi con l'indicazione dei servizi e delle prestazioni richiesti a supporto dell'autonomia

Il/la sottoscritto/a, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del regolamento regionale attuativo n. 2/2006 e s.m.i., autorizza il trattamento dei dati personali da parte degli uffici regionali per le finalità previste.

Si allega:

- progetto per l'autonomia personalizzata corredato dal quadro finanziario dettagliato per voci;
- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- certificazione medica attestante che la disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92 o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;
- certificato dell'ISEE ristretto;
- titolo di proprietà o contratto di locazione dell'abitazione.

Firma del Richiedente il beneficio

Data _____
