



CITTA' DI MATERA

SETTORE: SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA FAMIGLIA CITTADINO

DETERMINAZIONE DSG N° 00717/2021 del 31/03/2021

N° DetSet 00176/2021 del 31/03/2021

Dirigente: GIULIA MANCINO

OGGETTO: Approvazione Avviso Pubblico avvio procedura per individuazione beneficiari misura "ASSEGNO DI CURA".

ATTESTAZIONE REGOLARITA' AMMINISTRATIVA (art. 147-bis D.Lgs n. 267/2000)

Il Dirigente GIULIA MANCINO, con la sottoscrizione del presente provvedimento in ordine alla determinazione di cui all'oggetto, attesta la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, ai sensi dell'art. 147-bis del D.Lgs n. 267/2000.

N.B. Il relativo documento informatico originale è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n. 82/2005

ATTESTAZIONE DI CONFORMITA'

Il Sottoscritto

in qualità di

attesta che la presente copia cartacea della Determinazione Dirigenziale n° DSG 00717/2021, composta da n° fogli, è conforme al documento informatico originale firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs N° 82/2005.

MATERA, li _____

Firma e Timbro dell'Ufficio

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

Relazione della P.O. del Servizio Politiche Sociali

Premesso:

Che la legge regionale 14.2.2007, n.4 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza solidale" prevede, nell'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, interventi a sostegno della vita autonoma e della permanenza nel domicilio delle persone non autosufficienti;

Che nell'anno 2009 con deliberazione di Giunta Regionale n. 1281 del 7.7.2009 e deliberazione di Consiglio Regionale n.588 del 28.9.2009, sono state approvate le disposizioni per l'utilizzazione delle risorse del Fondo Regionale per la non autosufficienza, di cui all'art. 4 della predetta legge regionale n. 4/2007, relative all'intervento denominato "Assegno di cura";

Che con la medesima deliberazione di Giunta Regionale n. 1281/2009, è stata approvata la direttiva che disciplina le procedure e le modalità per l'erogazione del predetto assegno ed attribuisce ai comuni capofila di ambito zonale l'espletamento delle predette procedure;

Che con determinazione dirigenziale regionale n.72AJ.2009/D.00928 del 4.12.2009, sono state ripartite le risorse finanziarie a favore dei Comuni ed approvati gli schemi dell'avviso pubblico e delle domande, relativi all'intervento di cui trattasi che prevede, tra l'altro, tre tipologie di assegni, tipo "A", tipo "B" e tipo "C";

Che il Comune di Matera in esecuzione della predetta determinazione dirigenziale regionale n.72AJ.2009/D.00928 del 4.12.2009 ha pubblicato, in data 16.02.2010, l'avviso pubblico relativo alle modalità per la concessione dell'"Assegno di cura" ed avviato tutti i procedimenti ed interventi conseguenti;

Che con deliberazione di Giunta Regionale n. 287 del 29.3.2016 e determinazione dirigenziale regionale-Dipartimento Politiche della Persona n. 13A2.2016/D.00296 del 13.7.2016 sono stati autorizzati tutti i comuni della Basilicata alla riapertura, per il tramite del comune Capofila degli Ambiti Sociali di Zona, dei termini degli avvisi pubblici in essere con il rifacimento di tutte le graduatorie esistenti, confermando i contenuti degli stessi, già a suo tempo integrati con le DD.GG.RR. n. 1074 del 28.06.2010 e n. 1798 del 29.10.2010 e ss.mm.ii.;

Che il Comune di Matera, in esecuzione della predetta determinazione dirigenziale regionale n. 13A2.2016/D.00296 del 13.7.2016, con determinazione dirigenziale n. 01958/2026 del 02/08/2016, ha approvato e pubblicato l'avviso pubblico relativo alle modalità per la concessione dell'"Assegno di cura" ed avviato tutti i provvedimenti ed interventi conseguenti;

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 952 del 22.12.2020 la quale ha stabilito che:

- i Comuni Capofila dei nuovi Ambiti Socio-Territoriali emanino, entro e non oltre il 31 marzo 2021, nuovi avvisi pubblici relativamente alle misure di cui alla D.C.R. n. 588 del 28.09.2009 (Assegno di Cura) e alle DD.G.R. n. 256 del 12/03/2013 (SLA) e n. 1016 del 09/08/2013 (Stato Vegetativo), dando priorità alle misure dirette ad un maggior numero di beneficiari;
- l'individuazione dei nuovi beneficiari da parte dei Comuni Capofila degli Ambiti Socio-Territoriali dovrà avvenire definitivamente entro e non oltre il 30 giugno 2021 con conseguente avvio del pagamento dei relativi contributi da parte degli stessi Ambiti a partire dal mese di luglio 2021;

Dato atto che con determinazione dirigenziale regionale-Dipartimento Politiche della Persona n. 13A2.2021/D.00074 del 05.03.2021 sono stati riapprovati, con le modificazioni stabilite dalla D.G.R. n. 202100141 del 03/03/2021, gli schemi di Avviso Pubblico e di domanda, allegati 1 e A, B, C per la concessione del contributo denominato "Assegno di cura" di cui alla determinazione dirigenziale regionale n. 72AJ.2009/D del 04.12.2009, da emanare entro il 31.03.2021 prevedendo altresì un periodo per la presentazione della domanda di 30 giorni dalla pubblicazione dell'Avviso stesso;

Dato atto che possono accedere al suddetto beneficio le persone non autosufficienti e le famiglie, residenti in Basilicata, che assicurano ai propri familiari non autosufficienti la necessaria assistenza a domicilio;

Dato atto che la persona non autosufficiente deve essere:

- in condizione di non autosufficienza valutata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.) del Servizio di A.D.I. e comprovata dalle competenti commissioni mediche per l'accertamento dello stato di invalidità di cui alla legge n. 18 del 11/02/1980 così come riportato ai punti 5, 6 e 12 del verbale della Commissione Medica;
- con una condizione economica rilevata dalla certificazione I.S.E.E. 2021, non superiore a € 10.635,30;

Dato atto che la Regione Basilicata con deliberazione di Giunta Regionale n. 202100048 del 04/02/2021 ha ripartito le risorse necessarie per l'avvio della misura "Assegno di Cura" stabilendo per l'Ambito territoriale città di Matera un importo pari ad € 269.517,34;

Dato atto che questo Servizio Politiche Sociali, al fine di individuare i beneficiari di detto contributo, ha predisposto l'Avviso Pubblico (Allegato 1), comprensivo degli schemi di domanda (Allegato A), (Allegato B) e (Allegato C), che qui si allegano, quale parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

Ritenuto, pertanto, di avviare la procedura per l'individuazione dei beneficiari della misura "Assegno di cura", pubblicando detto Avviso Pubblico all'Albo Pretorio comunale e sul sito internet del Comune di Matera all'indirizzo www.comune.mt.it nella Sezione "Avvisi" della homepage;

Tutto ciò premesso, si propone al Sig. Dirigente l'assunzione del relativo provvedimento di approvazione.

La sottoscritta Responsabile di P.O. dichiara l'insussistenza del conflitto d'interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/90, in relazione al presente procedimento e della Misura M03 del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Il Funzionario di P.O.

Dott.ssa Carmela Luigia Capocelli

IL DIRIGENTE

Letta e richiamata integralmente la su estesa relazione del Responsabile di P.O.;

Visti gli artt. 107 e 109 del T.U.E.L. approvato con il D.Lgs n. 267 del 18.08.2000;

Visto lo Statuto comunale;

Visto l'art. 17 del D.Lgs n.165/01;

DETERMINA

1. Richiamare la su estesa relazione, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente dispositivo;
2. Dare atto che la Delibera di Giunta Regionale n. 952 del 22.12.2020 ha stabilito che i Comuni Capofila dei nuovi Ambiti Socio-Territoriali emanino, entro e non oltre il 31 marzo 2021, nuovi avvisi pubblici relativamente alle misure di cui alla D.C.R. n. 588 del 28.09.2009 (Assegno di Cura) e alle DD.G.R. n. 256 del 12/03/2013 (SLA) e n. 1016 del 09/08/2013 (Stato Vegetativo), dando priorità alle misure dirette ad un maggior numero di beneficiari, individuando i nuovi beneficiari entro e non oltre il 30 giugno 2021 con conseguente avvio del pagamento dei relativi contributi da parte degli stessi Ambiti a partire dal mese di luglio 2021;
3. Approvare l'Avviso Pubblico di cui all'oggetto (Allegato 1) comprensivo degli schemi di domanda (Allegato A), (Allegato B) e (Allegato C), che qui si allegano, quale parte integrante e sostanziale della presente determinazione, per la concessione del contributo "Assegno di Cura" di cui alla determinazione dirigenziale regionale-Dipartimento Politiche della Persona n. 13A2.2021/D.00074 del 05.03.2021 con le modificazioni stabilite dalla D.G.R. n. 202100141 del 03/03/2021;
4. Dare atto che per l'implementazione della misura "Assegno di Cura" saranno utilizzate risorse per l'importo di € 269.517,34 assegnate dalla Regione Basilicata all'Ambito territoriale città di Matera con deliberazione di Giunta Regionale n. 202100048 del 04.02.2021;
5. Disporre la pubblicazione dell'Avviso Pubblico all'Albo Pretorio on-line comunale e sul sito internet istituzionale del Comune di Matera, all'indirizzo www.comune.mt.it nella Sezione "Avvisi" della homepage, prevedendo un periodo per la presentazione della domanda di n. 30 giorni dalla data di avvio della pubblicazione dell'avviso.

Il sottoscritto dirigente dichiara l'insussistenza, allo stato attuale, del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della L. n. 241/1990 in relazione al presente procedimento e delle Misure M03 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

IL DIRIGENTE

Dott.ssa Giulia MANCINO

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.

ASSEGNO DI CURA TIPO "B"

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

NB: La domanda va compilata esclusivamente online e presentata in modalità elettronica attraverso la procedura informatica presente sul portale regionale <https://assegnodicura.regione.basilicata.it>

Schema di domanda

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

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)

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

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
 nato/a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "B"

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 non autosufficiente sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

 nato/a _____ (____) il _____

 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 con disabilità gravissima 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 con disabilità gravissima 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 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 non autosufficiente:

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

In fede

Luogo, _____ Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- 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 (Assegno di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante.

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.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)

ASSEGNO DI CURA TIPO "C"

(supporto alla persona non autosufficiente che intende avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da familiari o da altri)

NB: La domanda va compilata esclusivamente online e presentata in modalità elettronica attraverso la procedura informatica presente sul portale regionale <https://assegnodicura.regione.basilicata.it>

Schema di domanda

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

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____

residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

in qualità di titolare/supporto istituzionale/altro (spec.)

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

del Sig./Sig.ra _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____

residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "C"

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 il beneficiario:
 - intende acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da parte di familiari o di altri per sostenere il proprio progetto di vita indipendente;
 - ovvero
 - sostiene gli oneri per l'assistenza alla propria persona da parte di familiari o di terzi;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;

- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

 nato/a _____ (____) il _____

 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 con disabilità gravissima 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 con disabilità gravissima 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 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 non autosufficiente:

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

In fede

Luogo, _____ Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da parte di un familiare o di altri (Assegno di tipo C);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con un familiare o uno o più assistenti familiari o un'altra persona;
- documento di identità valido del dichiarante.

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.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)

COMUNE DI MATERA
SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA ALLA FAMIGLIA AL CITTADINO
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

Prot. N. _____

del, _____

AVVISO PUBBLICO

IL DIRIGENTE

rende noto

che, ai sensi e per gli effetti della Deliberazione del Consiglio Regionale n. 588 del 28/09/2009, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

ASSEGNO DI CURA

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

1. FINALITÀ DELL'ASSEGNO DI CURA

L'assegno di cura è un intervento sperimentale mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona non autosufficiente, evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona non autosufficiente nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

L'assegno di cura viene concesso per interventi:

- rivolti alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente (Assegno di tipo A);
- rivolti alla 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 (Assegno di tipo B);
- a sostegno del progetto di vita indipendente della persona non autosufficiente, perché provveda direttamente ad acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da familiari o da altri (Assegno di tipo C).

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009 le persone non autosufficienti e le famiglie che assicurano ai propri familiari non autosufficienti la necessaria assistenza al domicilio, che siano residenti in Basilicata da almeno 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente Avviso, in possesso dei seguenti requisiti:

- condizione di non autosufficienza valutata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) del Servizio di A.D.I. e comprovata dalle competenti commissioni mediche per l'accertamento dello stato di invalidità di cui alla Legge n. 18 del 11/02/1980 così come riportato ai punti 5, 6 e 12 del verbale di Commissione Medica;
- condizione economica del nucleo familiare della persona non autosufficiente rilevata dalla certificazione I.S.E.E. 2021, non superiore ai € 10.635,30.

Per essere destinataria dell'assegno di cura di tipo A, la famiglia deve essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona non autosufficiente, ovvero garantire presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

3. ENTITÀ DELL'ASSEGNO

L'importo mensile dell'assegno di cura, che integra l'indennità di accompagnamento, di tipo B e di quello di tipo C è di € 300,00.

Tale importo è ridotto del 20% nel caso dell'assegno di tipo A.

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

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.

Il contributo economico sarà erogato mensilmente, compatibilmente con le risorse disponibili, dal Comune di Matera attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accredito su conto corrente bancario.

4. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare esclusivamente per via elettronica la domanda di Assegno di Cura, i cui facsimile sono quelli di cui agli allegati A, B e C del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale <https://assegnodicura.regione.basilicata.it> o rivolgendosi al Servizio Politiche Sociali del Comune di Matera.

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

Le tre copie stampate e firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, devono essere consegnate a mano presso l'Ufficio Informazioni del Comune di Matera o al Comune di residenza della persona non autosufficiente o per PEC-Posta Elettronica Certificata all'indirizzo comune.matera@cert.ruparbasilicata.it entro n. 30 giorni dalla pubblicazione del presente avviso.

Per le domande consegnate a mano farà fede timbro e data di accettazione del Comune di Matera che rilascerà al richiedente, quale ricevuta, una delle tre copie della domanda. Per le domande trasmesse a mezzo PEC indicare nell'oggetto "RICHIESTA ASSEGNO DI CURA PER NON AUTOSUFFICIENTI" e farà fede la data di consegna.

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 assegno. Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente attestante il valore non superiore a € 10.635,30;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente Avviso, accompagnato da un'autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A) o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o di familiari o di altre persone (Assegno di tipo B o di tipo C);
- 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 o da altre persone e richieda l'assegno di tipo B o di tipo C).

5. DEFINIZIONE DELLA GRADUATORIA COMUNALE DEI POTENZIALI BENEFICIARI

Il Comune riceve le domande, ne verifica l'ammissibilità e stila la graduatoria dei potenziali beneficiari, mediante apposita istruttoria affidata agli uffici comunali competenti, entro 60 giorni dalla scadenza dell'Avviso Pubblico sulla base dei criteri di seguito definiti.

Ai fini della compilazione della graduatoria dei potenziali beneficiari le fasce di reddito, riferite al calcolo I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, sono come di seguito definite insieme ai relativi punteggi:

<i>Fasce reddito familiare (ISEE)</i>	<i>Punteggio</i>
Fino a € 5.317,65	3
da € 5.317,66 a € 7.976,47	2
da € 7.976,48 a € 10.635,30	1

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

1. alle persone sole che intendono avvalersi, a titolo oneroso, di assistenti familiari;
2. alle persone la cui famiglia intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari;
3. alle persone più anziane.

La graduatoria avrà validità per la durata dell'Avviso.

6. INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI

In relazione al numero degli assegni erogabili, sulla base delle risorse finanziarie disponibili, il Comune, entro 5 giorni dall'approvazione della graduatoria dei potenziali beneficiari, individua un numero doppio di fascicoli relativi alle

domande di cittadini utilmente collocati in graduatoria per l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) del Servizio A.D.I. dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, integrata dall'Assistente Sociale del Comune interessato.

L'UVM, entro 45 giorni dalla data di trasmissione dei fascicoli, redige un verbale in cui individua l'elenco dei beneficiari sulla base dei criteri e delle modalità indicati all'ultimo comma del presente punto.

Sulla base del verbale dell'UVM il Comune, con specifico atto amministrativo, procede, nei 5 giorni successivi, all'approvazione e alla pubblicazione dell'elenco definitivo dei beneficiari, comprensivo dell'eventuale lista di attesa, dell'Assegno di Cura.

L'eventuale sostituzione dei beneficiari, in relazione al numero degli assegni erogabili, avverrà attraverso un nuovo processo di valutazione da parte dell'UVM che riguarderà un numero doppio di nominativi inseriti utilmente nella graduatoria comunale.

L'UVM, attivata secondo le procedure sopra descritte, individua i beneficiari dell'assegno di cura utilizzando i criteri e le modalità definite nelle DD.GG.RR. n. 1655 del 30/07/2001 "Approvazione delle linee-guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" e n. 862 del 10/06/2008 "D.G.R. n. 1655 del 30.07.2001 - Approvazione delle nuove linee-guida per l'erogazione del Servizio di Cure Domiciliari nella Regione Basilicata".

7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Dopo la pubblicazione dell'elenco definitivo dei beneficiari di ciascun Comune, il Servizio Sociale del Comune, entro 10 giorni dalla data di pubblicazione, incontra i beneficiari ed avvia la procedura di "presa in carico" verificando i dati esposti nella domanda di partecipazione al programma, illustrando le caratteristiche del Programma ed acquisendo il consenso del beneficiario o del care giver alla predisposizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), come disposto dal punto 5.8 della Direttiva approvata con D.C.R. n. 588 del 28/09/2009. Al termine dell'incontro sarà redatto un verbale sottoscritto dalle parti.

Il PAI sarà redatto ed approvato entro e non oltre 40 giorni dalla pubblicazione dell'elenco definitivo dei beneficiari di ciascun Comune. La mancata sottoscrizione 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 altro beneficiario.

8. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE

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

Il diritto al contributo cessa:

- con l'inserimento definitivo in struttura residenziale;
- con il trasferimento al di fuori del territorio regionale;
- con il decesso;
- con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
- con la richiesta di rinuncia da parte del beneficiario o di colui/colei che ha presentato la domanda.

Nel caso di cambio di residenza del beneficiario all'interno del territorio regionale, lo stesso rimane inserito nell'elenco del Comune che ha originariamente concesso l'assegno di cura.

Sono applicabili all'assegno di cura 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 i 30 giorni successivi al Comune di residenza.

9. 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)

IL DIRIGENTE
D.ssa Giulia MANCINO



ASSEGNO DI CURA TIPO "A"
(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente)

NB: La domanda va compilata esclusivamente online e presentata in modalità elettronica attraverso la procedura informatica presente sul portale regionale <https://assegnodicura.regione.basilicata.it>

Schema di domanda

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

_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____

nato/a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)

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

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____

nato/a _____ (____) il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

fa domanda di Assegno di Cura tipo "A"

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 non autosufficiente presso il suo domicilio;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;

- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
 e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

 nato/a _____ (____) il _____

 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 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 non autosufficiente:

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

In fede

Luogo, _____ Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

 (firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- attestazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- 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 (Assegno di tipo A);

- documento di identità valido del dichiarante.

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.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)