



# UNIONE MONTANA DEI COMUNI DEL SANGRO

Ente Capofila

Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino

Prot. 3240

Addì 27/08/2018

## AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AGLI ASSEGNI DI DISABILITA' GRAVISSIMA FONDO PLNA ANNUALITÀ 2017

### IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO DELL'ECAD N. 12

- Visto il Piano Sociale Regionale 2016-2018;
- Visto il Fondo Nazionale Non Autosufficienza (F.N.N.A.) anno 2017;
- Visto il Piano Sociale Distrettuale dell'Ambito Sociale n. 12 Sangro-Aventino secondo semestre annualità 2017;  
Vista la Determinazione Dirigenziale Regionale n. DPF014/93 del 5 luglio 2018 di riparto, liquidazione e pagamento delle risorse statali afferenti il F.N.N.A. agli Ambiti Distrettuali per l'annualità 2017;
- Vista la Determinazione Dirigenziale n. 200 del 24/08/2018 di approvazione degli atti di riferimento;

### RENDE NOTO CHE

Il presente avviso è finalizzato alla raccolta delle domande per l'assegnazione di contributi economici: "assegno di disabilità gravissima" in favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/09/2016.

### ART.1

#### OBIETTIVI E FINALITA'

L'assegno di disabilità gravissima è finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità assistenziale alla persona in condizione di disabilità gravissima e a garantire alla stessa la permanenza nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo, evitandone il ricovero in strutture ospedaliere e/o residenziali.

L'erogazione dell'assegno di disabilità gravissima è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona al proprio domicilio. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

### ART. 2

#### DESTINATARI

A norma del suddetto Decreto, i destinatari dell'intervento sono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013 e per le quali sia stata accertata almeno una delle seguenti condizioni:

- a. persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)(<)=10;
- b. persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c. persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla Scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;
- d. persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado Ao B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e. persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo <1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) >9. o in stadio 5 di Hoehn e Yabr mod;
- f. persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL, di media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g. persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritto al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h. persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con un punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)<=8;
- i. ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche;
- j. Persone affette da sclerosi laterale amiotrofica;
- k. Persone in stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer.

### **ART. 3**

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

La domanda può essere presentata da parte di:

- ✓ persona con disabilità residente in uno dei Comuni ricompresi nel territorio dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino e/o genitore, legale tutore/curatore/amministratore di sostegno;
- ✓ cittadino straniero regolarmente soggiornante

direttamente presso il Comune di residenza entro e non oltre il 24 settembre 2018. Ogni Comune, previa protocollazione, da prodursi nei predetti termini, provvederà ad inoltrare la documentazione acquisita all'Unione Montana dei Comuni del Sangro/ECAD. L'invio delle istanze acquisite da parte dei Comuni all'ECAD, dovrà avvenire entro il giorno successivo a quello della scadenza del presente avviso.

La domanda di accesso al beneficio, redatta utilizzando il modello predisposto dall'Ente, deve essere corredata dalla seguente documentazione:

- ✓ documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;
- ✓ nei casi di persone con disabilità gravissima, rappresentati da terzi: copia documento di identità in corso di validità del rappresentante e del rappresentato nonché copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;
- ✓ copia certificato di invalidità 100% con indennità di accompagnamento;
- ✓ copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3;

- ✓ titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- ✓ autocertificazione stato di famiglia;
- ✓ certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- ✓ (se ricorre) copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato.

Il modulo di domanda è disponibile sul sito dell'Unione Montana dei Comuni del Sangro all'indirizzo: <http://www.unionemontanadeicomunidelsangro.it>, nonché presso gli uffici dell'ECAD e dei Comuni membri dell'Ambito.

Gli utenti dei Comuni ricompresi nel territorio dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro-Aventino, troveranno assistenza per l'istruttoria della domanda presso i seguenti punti di accesso:

- ✓ a Villa Santa Maria, in via Duca Degli Abruzzi n. 104, presso la sede dell'Unione Montana dei Comuni del Sangro, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 12:00;
- ✓ a Palena, in via Roma n.5 presso la sede dell'Unione dei Comuni Montani Majella Orientale Verde Aventino il lunedì, il mercoledì e il venerdì dalle ore 09:00 alle ore 12:00.

#### **ART. 4 DOMANDE AMMISSIBILI**

Saranno ammesse le domande pervenute entro il termine di cui al precedente punto del presente Avviso, recanti i requisiti richiesti.

Le istanze pervenute oltre il suddetto termine e prive dei detti requisiti e allegati, verranno escluse.

#### **ART. 5 VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

L'accesso al contributo economico è subordinato alla Valutazione multidimensionale delle persone in condizione di disabilità gravissima da parte di equipe multi professionale in cui saranno presenti sia le componenti cliniche che sociali, mediante l'utilizzo delle scale approvate dalla Regione Abruzzo con Decreto del Commissario ad ACTA n. 107/2013 integrate con le scale di valutazione di cui al comma 2 lettere a),c), e), h),i) illustrate nell'allegato 1 e nell'allegato 2 del Decreto del 26/09/2016.

#### **ART.6 ENTITA' DEL CONTRIBUTO INCOMPATIBILITA' CON ALTRE MISURE ECONOMICHE**

L'importo mensile dell'assegno di disabilità gravissima, a norma del regolamento di accesso ai servizi di Ambito, è stabilito annualmente in ragione delle risorse regionali trasferite e all'uopo dedicate e del numero di domande pervenute nei termini, valutate positivamente dalle U.V.M. (Unità di valutazione multidimensionali) distrettuali competenti per territorio.

L'assegno di disabilità gravissima è incompatibile con i seguenti interventi economici:

- Assegno di Cura;
- Assegno vita indipendente;
- Assegno disabilità gravissime per le persone affette da S.L.A.;
- Contributo previsto dalla L.R. n. 57 del 23.11.2012.

#### **ART. 7 TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Tutti i dati personali di cui L'Ente verrà in possesso, a seguito dell'emanazione del presente avviso, saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, in materia di protezione dei dati personali.

**ART.8**  
**QUESITI**

Quesiti e richieste di chiarimento in merito al presente Avviso potranno essere formulati a partire dal giorno successivo a quello di pubblicazione all'UNIONE MONTANA DEI COMUNI DEL SANGRO, Via Duca Degli Abruzzi N. 104 – 66047 Villa Santa Maria (CH) - Tel. 0872/944201, Referente: Dott.ssa Antonella Gialluca.

Villa Santa Maria, li 27/08/2018

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'ECAD n. 12 Sangro-Aventino  
Dott.ssa Antonella Gialluca



MODULO DI DOMANDA ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIMA

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Alla Cortese Attenzione del Responsabile dei  
Servizi Socio-Assistenziali-Sanitari

*OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIME - Piano Locale per la  
Non Autosufficienza – Annualità 2017.*

**Riservato al Comune - Domanda n.:** \_\_\_\_\_

**Generalità del richiedente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

In qualità di

- Familiare
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Persona direttamente interessata
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

L'ammissione al contributo in oggetto a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima – annualità 2017 per:

- Se stesso;
- Per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_

**Generalità del destinatario:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data

di nascita \_\_\_\_\_ Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

*Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,*

**D I C H I A R A**

Che la persona per cui si chiede il beneficio è nella seguente condizione:

- Persona non autosufficiente in possesso di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- Persona con disabilità gravissima a norma dell'art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26.09.2016;
- Non è beneficiario di altri contributi e/o sussidi economici per lo stesso servizio, nello specifico non è beneficiario di: contributi previsti dalla L.R. 23.11.2012 n.57, Assegno per le persone affette da SLA, Assegno Vita Indipendente e Assegno di Cura;

Di essere assistito:

- Da persona con regolare contratto di lavoro nelle forme di assistenza privata;
- In maniera diretta dal proprio familiare;

Allega alla presente:

- documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;
- (nei casi di persone con disabilità gravissima, rappresentati da terzi) copia documento di identità in corso di validità del rappresentante e del rappresentato nonché copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;
- copia certificato di invalidità 100% con indennità di accompagnamento;
- copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- autocertificazione stato di famiglia;
- certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;

- (se ricorre) copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

**ACCONSENTO**

Al trattamento dei dati sensibili, necessari all'istruzione ed alla gestione della presente domanda.

FIRMA

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
DELLA RESIDENZA E DELLO STATO DI FAMIGLIA**

(art. 46, D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
con residenza nel Comune di .....  
via ....., n. ....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

(Barrare le caselle che interessano; qualora si compili il modulo nelle righe che interessano, non si considera irregolarità la semplice dimenticanza di barrare la casella)

- di essere residente nel comune di .....,  
in via ....., n. ...., Cap. ...., dal .....
- che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....  
(luogo e data)

.....  
**IL/LA DICHIARANTE**  
(firma per esteso e leggibile)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.