



COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

VI ZONA – PROVINCIA DI RIETI –

GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI – DISTRETTO RIETI 5

VIA ROMA 103 – 02019 POSTA (RI) – www.velino.it info@velino.it Tel 0746/951402 Fax 0746/951403 P.I.: 80018100570

Posta li 7/12/2017

Prot. n. 2939

Al Sindaci dei Comuni della IV comunità Montana
Ai Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni della IV comunità Montana
Agli Assistenti Sociali dei Comuni della IV comunità Montana
All'Ufficio Servizi Sociali dei Comuni della IV comunità Montana

Oggetto: Pubblicazione avviso pubblico "Presentazione di progetti per la vita indipendente delle persone con disabilità" (DDG n. 276 del 21 ottobre 2016)

Con l'invito di massima diffusione si inviano alle S.S.V.V. i seguenti documenti:

- Avviso pubblico "Presentazione di progetti per la vita indipendente delle persone con disabilità"
- Modulo "domanda per contributo vita indipendente"
- Modulo "progetto individuale per vita indipendente 2016"

Per eventuali informazioni è possibile contattare il referente dell'Ufficio di Piano Alberto Campanelli chiamando il 3281692466.


Distinti Saluti
Mariano Foffo

Responsabile dei Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino



COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

VI ZONA – PROVINCIA DI RIETI - GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI

VIA ROMA 103 – 02019 POSTA (RI) – www.velino.it Info@velino.it -Tel 0746/951401-02 Fax 0746/951403 P.I.: 80018100570

AVVISO PUBBLICO

PRESENTAZIONE DI PROGETTI PER LA VITA INDIPENDENTE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

La VI Comunità Montana Del Velino in qualità di Ente capofila del Distretto sociale Rieti 5, visto:

- il DDG n. 276 del 21 ottobre 2016 con il quale il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha approvato le Linee Guida per la presentazione, da parte delle regioni, progetti sperimentali di progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità;

-dato atto che il progetto proposto dalla Comunità Montana Del Velino intende realizzare un modello sperimentale per promuovere il diritto ad una vita indipendente ai soggetti con disabilità permanente e limitazione dell'autonomia personale, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, residenti nei comuni compresi nel territorio della VI Comunità Montana Del Velino afferenti al Distretto sociale Rieti 5.

rende noto che è possibile presentare istanza per ottenere un contributo finalizzato a supportare ed attivare un progetto personalizzato di vita indipendente e inclusione sociale.

DESTINATARI

Persone con disabilità in età compresa tra 18 e 64 anni in possesso di Certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 c. 3 L. 104/92;

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO VITA INDIPENDENTE

- 1) Compilazione del modulo "DOMANDA PER CONTRIBUTO VITA INDIPENDENTE"
- 2) Compilazione del modulo "PROGETTO INDIVIDUALE PER VITA INDIPENDENTE 2016"

I due moduli sono reperibili presso l'Ufficio dei Servizi Sociali dei Comuni di residenza, presso i presidi socio-sanitari del territorio distrettuale e presso l'ufficio servizi sociali della Comunità Montana Del Velino.

Il modulo "DOMANDA PER CONTRIBUTO VITA INDIPENDENTE" e il modulo "PROGETTO INDIVIDUALE PER VITA INDIPENDENTE 2016" integrati con la documentazione richiesta, dovranno essere presentati, entro e non oltre le ore 12.00 del 22/01/2018, a mezzo di:

- Consegna a mano presso l'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di residenza o presso la VI Comunità Montana Del Velino via Roma 103, Posta (RI)
- Raccomandata A/R indirizzata a VI Comunità Montana Del Velino via Roma 103, 02019 Posta (RI)

VALUTAZIONE E AMMISSIONE DEI PROGETTI

I progetti, redatti dagli aventi diritto sull'apposito modulo di domanda e pervenuti con tutta la documentazione richiesta ai sensi del presente avviso, saranno esaminati e valutati dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), sulla base dei seguenti parametri:

- a) Limitazioni dell'autonomia: intesa come limitazione dell'autonomia personale e sociale nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana;
- b) Condizione familiare: presenza di rete familiare, di reti di vicinato o amicali;
- c) Condizione abitativa e ambientale, attività lavorativa o meno, attività collaterali di riabilitazione o ricreative;
- d) Condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia.

L'erogazione del finanziamento dei progetti ritenuti ammissibili avverrà sulla base dell'ordine cronologico di presentazione della domanda e della possibilità di copertura finanziaria, con predisposizione di una graduatoria in caso di risorse insufficienti.

L'erogazione del contributo potrà essere altresì determinata dalla presenza di prestazioni socio-assistenziali già erogate dai Servizi Sociali distrettuali e incompatibili o parzialmente compatibili con il contributo Vita Indipendente.

Per informazioni e chiarimenti riguardo al presente avviso è possibile telefonare, dal lunedì al venerdì in orario 9,30 – 12,30, al numero 0746/951402.


Il Responsabile del Servizio
Mariano Folfo

Posta 7/12/2017

DOMANDA PER CONTRIBUTO VITA INDIPENDENTE

(Avviso pubblico: "Presentazione di progetti per la vita indipendente delle persone con disabilità")

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via/P.zza _____ n° civico _____

Tel. fisso _____ Tel. cellulare _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Stato civile _____ Cittadinanza _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE, SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO (genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc)

Cognome/Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via/P.zza _____ n° civico _____

Tel. fisso _____ Tel. cellulare _____

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Stato civile _____ Cittadinanza _____

In qualità di _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo per gli interventi previsti dall'avviso pubblico "Presentazione di progetti per la vita indipendente delle persone con disabilità"

a tale scopo dichiara:

- di avere età compresa tra i 18 ed i 64 anni ;
- di essere residente in uno dei Comuni del Distretto RI/5;
- di essere in possesso di Certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 c. 3 L. 104/92;
- di essere in possesso dell'ISEE del nucleo familiare di € _____;
- che la composizione attuale del nucleo oltre al beneficiario è la seguente:

	1° Componente	2° Componente	3° Componente	4° Componente	5° Componente
Cognome Nome					
Relazione D Parentel					
Stato civile					
D civile					
Attività					

E' consapevole che:

- la compilazione del modulo "PROGETTO INDIVIDUALE PER VITA INDIPENDENTE 2016" costituisce parte integrante della presente dichiarazione e necessaria ai fini della ammissibilità della presente domanda;
- l'importo del contributo, se concesso in base allo scorrimento della graduatoria di sarà determinato anche in considerazione delle possibilità di copertura finanziaria in base alle risorse disponibili.
- l'erogazione del contributo potrà sarà altresì essere determinata dalla presenza di prestazioni socio-assistenziali già erogati dai Servizi Sociali distrettuali e incompatibili o parzialmente compatibili con il contributo Vita Indipendente.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- **MODULO COMPILATO "PROGETTO INDIVIDUALE PER VITA INDIPENDENTE 2016"**
- **COPIA DELLA CERTIFICAZIONE DI GRAVITÀ AI SENSI DELL'ART. 3 C. 3 L. 104/92;**
- **CERTIFICAZIONE ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE;**
- **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL BENEFICIARIO E DEL RICHIEDENTE (SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO).**

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione di servizi socio-assistenziali.

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)

PROGETTO INDIVIDUALE PER VITA INDIPENDENTE 2016

(Avviso pubblico: "Presentazione di progetti per la vita indipendente delle persone con disabilità")

Nome _____ Cognome _____

domicilio in via/P.zza _____

recapito telefonico fisso _____

cellulare _____

Fax n. _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di *handicap* in data

___ / ___ / _____ con verbale n. _____ rilasciato da _____

_____ come persona con *handicap* in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Invalidità civile SI | ___ | ___ | ___ | % NO

Percepisce indennità di accompagnamento? SI NO

Diagnosi Principale

Altre patologie presenti

Cognome e nome del medico curante _____

Cognome e nome dello specialista di riferimento _____

Titolo di studio

Svolge un lavoro? SI NO

Se SI, quale?

Ha svolto in precedenza attività lavorative?

SI NO

Se SI, quali?

Segue un corso di studio? SI NO

Se SI, quale?

E' in possesso di patente di guida? SI NO

Se NO, con quale mezzo abitualmente si sposta?

La zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto? SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche

Necessita di supporto di un assistente nelle attività domiciliari e sociali? : SI NO

Se Sì, per le seguenti attività:

- Alzarmi da letto SI NO
- Coricarmi SI NO
- Lavarmi mani e viso SI NO
- Lavarmi capelli e pettinarmi SI NO
- Usare i servizi igienici SI NO
- Igiene intima SI NO
- Fare il bagno o la doccia SI NO
- Vestirmi e spogliarmi SI NO
- Assistenza notturna SI NO
- Pulire la casa SI NO
- Riordinare la casa SI NO
- Fare la spesa o acquisti SI NO
- Preparare i pasti SI NO
- Mangiare SI NO
- Bere SI NO
- Lavare biancheria e stoviglie SI NO
- Utilizzare strumenti informatici SI NO
- Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.) SI NO
- Assistenza per lo studio SI NO
- Assistenza personale in ambito universitario SI NO
- Accompagnamento al lavoro SI NO
- Aiuto sul posto di lavoro SI NO
- Spostarsi in carrozzina SI NO
- Aiuto nel camminare SI NO
- Accompagnamento fuori casa SI NO
- Accompagnamento a visite mediche/esami clinici SI NO
- Accompagnamento a trattamenti di riabilitazione/fisioterapia SI NO
- Accompagnamento in vacanza SI NO
- Assumere medicinali SI NO
- Utilizzo di mezzi pubblici SI NO
- Scrivere SI NO
- Leggere SI NO
- Comunicare SI NO
- Aiuto nella gestione dei figli minori SI NO
- Attività culturali SI NO
- Tempo libero SI NO
- Attività sportive SI NO
- Viaggi SI NO

Specificare, qualora si ritenga necessario, altre attività e eventuali esigenze:

INTERVENTI PREVISTI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE
(selezionare le azioni di interesse precisando per ogni azione SI o NO)

Azione 1 - Assistenza personale: rimborso delle spese sostenute dall'utente o dalla famiglia per assistenza personale attraverso regolare assunzione di collaboratori domestici o assistenti familiari.

SI NO

Azione 2 - Abitare in autonomia: assistenza domiciliare erogata dall'Ente gestore attraverso cooperativa che fornisce personale qualificato.

SI NO

Azione 3 - Inclusione sociale e relazionale: si fa riferimento all'interesse e alla possibilità del soggetto utente di partecipare ad attività di inclusione sociale finalizzate alla formazione e all'inserimento lavorativo, l'azione si concreta mediante l'assegnazione di un contributo destinato a:

- incentivo di frequenza e spese per attività di tirocinio formativo ai sensi della Deliberazione Regionale 30 dicembre 2013, n. 511 sui tirocini di inserimento o reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale.
- rimborso di spese sostenute per la formazione professionale.

SI NO

Azione 4 - Mobilità: l'utente potrà usufruire di trasporto personalizzato verso strutture sanitarie o e per la frequenza di centri diurni e attività di carattere educativo, ricreativo o riabilitativo, anche fuori dal territorio distrettuale.

SI NO

Attualmente si avvale dell'aiuto di un assistente personale con spese a suo carico? SI NO

Sono coinvolte altre persone nella sua assistenza? SI NO

anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione, per cosa e quanto tempo assistono, evidenziando, se presenti, le problematiche che ne derivano:

1)

2)

3)

Attualmente si avvale dei seguenti servizi erogati dai Servizi Sociali distrettuali:

- Assistenza domiciliare: SI NO
Se si indicare monte ore settimanali

- Rimborso spese per l'assistenza personalizzata (Interventi per la non autosufficienza):
SI NO

- Contributo di cura al caregiver familiare (Interventi per la Disabilità Gravissima): SI NO

- Contributi economici e servizi per l'inclusione sociale e lavorativa: SI NO

- Contributi per il disagio economico: SI NO

Al fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile descrivere dettagliatamente i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto (*es. mantenere il posto di lavoro, ridurre il rischio istituzionalizzazione, alleviare la famiglia, andare a vivere da solo, con altre persone o con il partner, formazione al lavoro attraverso tirocinio formativo in azienda, corsi formazione professionale, etc.*).

Il presente formulario ha allegati? SI NO

Se SI, quanti? (*specificare il numero e la tipologia*): n° | ___ | ___ | allegati
Tipologia:
