



Comune di Varese
Via Sacco, 5
21100 VARESE
tel. 0332/255.111
PEC protocollo@comune.varese.legalmail.it
<http://www.comune.varese.it>

DIVERSI

DATI DEL PROTOCOLLO GENERALE



C_L682 - 0 - 1 - 2018-05-02 - 0047313

VARESE

Codice Amministrazione: **C_L682**

Numero di Protocollo: **0047313**

Data del Protocollo: **mercoledì 2 maggio 2018**

Classificazione: **7 - 12 - 0**

Fascicolo: **2018 / 19**

Oggetto: **AVVISO PUBBLICO DI EROGAZIONE TITOLI SOCIALI A FAVORE DI
PERSONE CON DISABILITA` GRAVE O ANZIANE NON
AUTOSUFFICIENTI.DAL 7 MAGGIO 2018 AL 20 LUGLIO 2018 ENTRO LE
ORE 12.00**

MITTENTE:

SEZIONE SERVIZI SOCIALI

Documento firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. n. 82/2005 e depositato presso la sede del Comune di Varese. Ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 39/93 si indica che il documento è stato firmato da:

Ufficio di Piano

Varese, lì 16 aprile 2018

Prot. n.

**AVVISO PUBBLICO DI EROGAZIONE TITOLI SOCIALI
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA` GRAVE O
ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**

DISTRETTO

VARESE

ASL

VARESE

ENTE CAPOFILA

COMINF DI VARESE

OGGETTO DELL'AVVISO D.G.R. 7856/2017 misura B2

L'Ufficio di Piano dell'Ambito Distrettuale Sociale di Varese - ai sensi della DGR 7856/2017, nonché in esecuzione dell'indirizzo dell'Assemblea dei Sindaci del 19 aprile 2018 e del regolamento distrettuale per l'accesso ai titoli sociali, emana il presente avviso per la concessione nell'anno corrente di titoli sociali a sostegno di persone con disabilità grave o anziane non autosufficienti, per un totale di € 336.225,11 per il Distretto socio sanitario di Varese, previa presentazione di domanda con decorrenza:

dal 7 maggio 2018 al 20 luglio 2018 entro le ore 12.00

INDICAZIONI

INTERVENTI - AZIONI

B2) Misura a favore delle persone di qualsiasi età con gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale. Si concretizza in interventi di carattere sociale di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio e nel suo e di vita.

Di seguito gli strumenti individuati e previsti dalla DGR 7856/2018:

- | |
|---|
| 1. Buono sociale mensile per cure giver familiare |
| 2. Buono sociale mensile per acquistare prestazioni da assistente personale |
| 3. Buono sociale mensile per progetti di vita indipendente |
| 4. Voucher sociale per minori con disabilità |

DESTINATARI

- ➔ Persone anziane (>65 anni) in condizioni di non autosufficienza: strumenti 1, 2,
- ➔ Persone con disabilità grave (senza limite di età): strumenti 1, 2, 3

- ➔ Persone con disabilità grave (tra 18 e 64 anni): strumento 1, 2, 3
- ➔ Minori con disabilità : strumento 1, 2, 4.

tutte le persone residenti nei Comuni del Distretto di Varese.

CONDIZIONI PER L'AMMISSIONE ALLA MISURA

Criteri di accesso secondo il piano operativo approvato dalla Assemblea dei Sindaci del Distretto di Varese in data 19 aprile 2018 (con riferimento ai criteri previsti nella DGR n. 7856/2018 misura b2 e nel Regolamento distrettuale per l'accesso ai titoli sociali):

1. SITUAZIONE REDDITUALE - SITUAZIONE PATRIMONIALE
2. CONDIZIONE LAVORATIVA
3. CONDIZIONE FAMILIARE
4. ALTRI CRITERI

1. Situazione reddituale, patrimoniale e familiare:
 - per persone anziane sole o coppie (>65 anni): nel limite ISEE di € 9.000,00;
 - persone disabili sole (da 18 a 65 anni): nel limite ISEE di € 12.000,00;
 - famiglie con compiti di accoglienza di persone fragili: nel limite ISEE di € 12.000,00
 - progetti di vita indipendente nel limite ISEE di € 20.000,00
 - per minori con disabilità si fa riferimento all' ISEE ordinario per minorenni
2. Condizione lavorativa: il richiedente dovrà avere lo stato di "non occupato".
3. Condizione familiare: vedi punto 1). Verrà accolta una sola domanda per nucleo familiare.
4. Altri criteri:
 - a. documentazione sanitaria attestante lo stato di fragilità: la documentazione sanitaria dovrà attestare la condizione di non autosufficienza attraverso un verbale di invalidità civile con riconoscimento al 100% con indennità di accompagnamento e in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art 3 comma 3 della legge n. 104/92
 - b. nel caso di persone con riconoscimento della misura B1 l'accesso alla misura B2 è subordinato alla disponibilità di risorse una volta esaurita la graduatoria B2.

N.B.:

- Costituisce elemento di esclusione la frequenza di strutture sanitarie, sociali/socio sanitarie (CRS,SFA,CSE,CDD;CDI ecc.) con contributo a carico dell'ente pubblico;
- Nel caso di frequenza di strutture sanitarie per minori costituisce elemento di esclusione la frequenza > 18 ore mensili.

MODALITA' DI RACCOLTA DELLE DOMANDE

Le domande saranno raccolte dal servizio sociale comunale dei singoli Comuni del Distretto distinta per ciascuno strumento, dal 2 maggio 2018 e sino al 20 luglio p.v. e comunque fino ad esaurimento dei fondi assegnati.

N.B. Il termine ultimo non derogabile per la raccolta di eventuale documentazione integrativa è il 30 luglio p.v.

Le domande dovranno essere poi inviate all'Ufficio di Piano distrettuale che provvederà a stilare la graduatoria dei soggetti richiedenti, suddivisa per singolo strumento, con individuazione dei soggetti beneficiari.

L'Ufficio di Piano provvederà a dare idonea comunicazione ai Comuni di residenza provvedendo nel contempo all'erogazione dei titoli sociali agli aventi diritto.

CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO

L'Ufficio di Piano distrettuale provvederà a stilare la graduatoria dei soggetti richiedenti, suddivisa per singolo strumento.

Nel caso in cui le domande ammissibili risultino superiori allo stanziamento previsto per ciascuno strumento di riferimento, si procederà alla redazione di un elenco dei beneficiari in ordine crescente con riferimento ai valori ISEE.

Strumento	Importo mensile dello strumento	budget totale
Buono sociale mensile per care giver familiare	€ 500,00	€ 288.000,00
Buono sociale mensile per acquistare prestazioni da assistente personale con regolare contratto	€ 500,00	€ 32.000,00
Buono sociale mensile per progetti di vita indipendente	€ 500,00	€ 8.000,00
Voucher sociali per sostenere vita di relazione di minori con disabilità	€ 264,08	€ 8.225,11

Il titolo sarà corrisposto per un massimo di n. 8 mensilità con decorrenza dalla data di presentazione della domanda.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO
DIRIGENTE SERVIZI ALLA PERSONA COMUNE DI VARESE
dott. Andrea Campanè
firmato digitalmente

FAC-SIMILE DI DOMANDA

Al Comune di
(comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

**DOMANDA DI EROGAZIONE di TITOLI SOCIALI
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
O ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI
ai sensi della misura B2 della DGR n. 7856/2018 di Regione Lombardia**

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (cognome)(nome).....

nato/a prov. il

residente in (comune) via n.

telefono..... codice fiscale.....

in qualità di beneficiario tutore curatore amministratore di sostegno familiare

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome nome

nato/a a prov. il

residente a Varese in via / piazza n.

telefono codice fiscale

CHIEDE

in attuazione della DGR 7856/2018, dell'avviso pubblico n.del..... 2018 e tenuto conto del "Regolamento per l'accesso ai titoli sociali" approvato dalla Assemblea dei Sindaci del Distretto socio sanitario di Varese, l'assegnazione di:

- BUONO SOCIALE** mensile per caregiver familiare
- BUONO SOCIALE** mensile per acquistare le prestazioni da assistente personale
- VOUCHER SOCIALE** per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità
- BUONO SOCIALE** mensile per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave e gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e da loro assunto direttamente.

In fede

.....
(firma)

Consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA CHE

il sig/la sig.ra.....(beneficiario)

1. ha un reddito familiare ISEE (per prestazioni socio sanitarie o per prestazioni agevolate rivolte a minorenni) pari a €

2. non svolge attività lavorativa;

3. è stato riconosciuto/a invalido/a al 100% con indennità di accompagnamento e condizioni di gravità

4. nell'anno 2016 ha goduto del beneficio misura B2 DGR 4249 SI NO

5. frequenta servizi sanitari diurni SI NO

6. frequenta strutture sociali/socio sanitarie (SFA,CSE,CDD;CDI) SI NO

7. il nucleo familiare anagrafico è così composto (con tipo di parentela)

.....

8. la tipologia di parentela del care giver familiare è

.....

9. la tipologia di presenza dell' assistente personale:

- nessuno
- 24 H
- Tempo pieno > 7 ore
- Tempo parziale < 7 ore
- Qualificato 24 h
- Qualificato tempo pieno > 7 ore
- Qualificato tempo parziale < 7 ore
- Altro

10. Utilizza altri servizi :

- Contributi economici
- sad
- misura b1
- protesi ausili
- ADI
- Legge 23
- RSA aperta
- Altro

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, la informiamo di quanto segue: il trattamento dei suddetti dati risulta indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale e sarà effettuato dal personale a ciò delegato dai Comuni dell'Ambito Territoriale del Distretto di Varese, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante
acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

In fede

.....
(firma)

Varese,

Si allegano:

- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e/o beneficiario e delegato alla riscossione;
- attestazione ISEE e dichiarazione unica sostitutiva;
- copia certificato d'invalidità del beneficiario;
- copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela);
- attestazione riconoscimento della misura B1 a carico dell'ATS nell'anno 2018;
- modulo di delega per la riscossione (solo per i residenti del comune di Varese).

Varese, _____

Al Comune di Varese
Area VI Servizi alla Persona
Via Orrigoni 5
21100 VARESE

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a Varese in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

beneficiario del contributo
comunale

concesso a favore del minore

CHIEDO

che detto contributo sia liquidato a favore
di

nato a _____ il _____

residente a Varese in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con accredito sul conto corrente a questi intestato con IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In fede

Documento firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. n. 82/2005 e depositato presso la sede del Comune di Varese. Ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 39/93 si indica che il documento è stato firmato da:

Andrea Campana;1;1389828