



## UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

Piazza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)  
Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571 -  
Tel. 0765/875020 Fax 0765/876661  
e-mail: unionealtasabina@legalmail.it

ALLEGATO A)

### DISTRETTO RIETI 3 Capofila: Unione dei Comuni Alta Sabina

#### Avviso pubblico per i progetti personalizzati di vita indipendente (Pro.V.I.)

Premesso che il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con decreto n. 487 del 29 dicembre 2016, ha ammesso a finanziamento nazionale il Distretto Rieti 3 per progetti sperimentali di vita indipendente (PRO.V.I.), annualità 2016.

Richiamata la DGR 3 maggio 2016 n. 223 e ss.mm.ii. *“Servizi e interventi di assistenza alla persona nella Regione Lazio” contenente i criteri, le modalità e le procedure per l'erogazione delle prestazioni inerenti gli interventi di assistenza alla persona per la vita indipendente in favore di persone in condizioni di disabilità;*

#### SI COMUNICA

Che a partire dal 10/07/2017 sono aperti i termini per la presentazione di Progetti Personalizzati finalizzati a garantire il diritto a una vita indipendente rivolte a persone con svantaggi psichici o fisici in condizione di bisogno in esito a valutazione socio-sanitaria che certifica le limitazioni dell'autonomia

#### 1 - Finalità dell'intervento

La seguente misura è finalizzata a sostenere progetti di Vita Indipendente per persone con grave disabilità.

Per **Vita Indipendente** si intende la possibilità per una persona con grave disabilità fisico-motoria, di vivere in autonomia e realizzare il proprio progetto di vita senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e con regolare contratto. Gli interventi di aiuto sono finalizzati alla cura della persona, all'aiuto domestico, alla mobilità, al tempo libero e a tutte quelle azioni che la persona con disabilità non può fare da sola o a costo di una notevole fatica: quelle azioni o quegli interventi che sceglie perché ritiene importanti per il proprio progetto di Vita Indipendente cioè per facilitare e permettere la propria indipendenza, l'autodeterminazione e possibilità di integrazione nel contesto sociale.

#### 2 – Beneficiari e requisiti

Sono beneficiari della misura a sostegno della vita indipendente le persone con grave disabilità fisico-motoria con capacità di autodeterminazione, coloro che siano in possesso:

A) Cittadinanza italiana, oppure cittadinanza di uno Stato appartenente all'Unione Europea, oppure cittadinanza di uno Stato non appartenente all'Unione Europea per i cittadini stranieri muniti di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo ai sensi del D.lgs 286/98 e successive modifiche (altri titoli di soggiorno oppure la relativa istanza di rilascio non sono ritenuti validi per la partecipazione al bando).

- B) Residenza anagrafica in uno dei Comuni appartenenti all'Ambito distrettuale Rieti 3;
- C) Attestazione ISEE sociosanitario con valore uguale o inferiore ad € 20.000,00;
- D) certificazione di stato di handicap grave (L. 104/1992 art. 3 co.3);
- E) riconoscimento di invalidità civile al 100% ed indennità di accompagnamento
- F) Età compresa tra i 18 ed i 64 anni;
- G) Capacità nella formulazione e organizzazione del proprio progetto di vita

### 3 - Tipologia di intervento

I progetti dovranno riguardare la definizione di percorsi di accompagnamento in favore di persone disabili utili a consentire l'esercizio e lo sviluppo dell'autodeterminazione e il miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità.

Si tratta di progetti nei quali la persona con disabilità propone e gestisce il proprio piano personalizzato di assistenza, in base alle sue specifiche esigenze, al fine di conseguire obiettivi di vita indipendente, parità di opportunità ed integrazione sociale.

Il progetto deve prevedere il numero di ore necessarie, l'assunzione di personale con regolare contratto di lavoro e le azioni individuate.

L'assistente personale dovrà possedere i requisiti specificati al successivo punto 4.

Le azioni da individuare nel progetto possono riguardare tutti gli ambiti di vita della persona e nello specifico:

1. assunzione in regola dell'assistente familiare/personale in base al Ccnl della collaborazione domestica acquisto di servizi educativi presso associazioni, fondazioni, cooperative sociali o altri enti iscritti ai relativi registri regionali (ove previsto) (**Macroarea Assistente Personale**);
2. conduzione alloggio (affitto, utenze, amministrazione; il progetto non può esaurirsi nel mero contributo economico per la conduzione dell'alloggio) (**Macroarea Abitare in autonomia**);
3. interventi atti a favorire l'inclusione sociale attraverso sport e tempo libero (**Macroarea Inclusione sociale e relazionale**);
4. trasporto (escluso il trasporto rientrante nel "diritto allo studio" ed il trasporto "riabilitativo" verso centri diurni o ambulatoriali) (**Macroarea Trasporto sociale**);
5. acquisto di domotica e ausili (limitatamente a quanto non erogato dal Ssr) (**Macroarea Domotica**);

Il progetto dovrà prevedere obbligatoriamente le azioni riconducibili al punto 1 ( **Macroarea Assistente Personale**) impiegata :

- presso il domicilio familiare;
- in progetti di sperimentazione di *housing sociale*;
- in progetti di inclusione sociale e relazionale.

Sono esclusi dal finanziamento progetti che prevedono le azioni di cui ai punti 2,3,4,5 senza il supporto dell'assistente personale (punto 1).

Sono altresì esclusi dal finanziamento progetti che prevedono l'inserimento in strutture diurne e residenziali, anche temporanee.

### 4 - Requisiti dell'assistente personale

L'assistente personale, liberamente scelta dal titolare del progetto, dovrà possedere i seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana o di altri stati dell'Unione Europea o per gli extracomunitari, regolare permesso di soggiorno per motivi di lavoro;
- b) assenza di condanne con sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero di procedimenti penali in corso per reati di cui al titolo IX (Dei delitti contro la moralità pubblica e il buon costume), al capo IV del titolo XI (Dei delitti contro la famiglia) e al capo I e alle sezioni I, II e III del capo III del titolo XII (Dei delitti contro la persona) del Libro secondo del codice penale;

- c) possesso di idoneità psico-fisica per le mansioni da svolgere, attestata da idonea certificazione sanitaria;
- d) titolo professionale e/o documentata esperienza lavorativa, ove dichiarati;
- e) per gli stranieri: superamento del test di lingua italiana di livello A2 di cui alla normativa vigente.

## 5 - Valore del Buono sociale

Il buono sociale ha un valore massimo di € 1.000,00 mensili ed è erogato trimestralmente per n. 12 mensilità.

Il budget a disposizione per l'anno 2017 ammonta ad Euro 100.000,00 così suddiviso:  
€ 50.000,00 per la Macroarea Assistente Personale – Valore max bonus mensile € 500,00  
così ripartito:

- presso il domicilio familiare € 400,00
- in progetti di sperimentazione di *housing sociale* € 50,00
- in progetti di inclusione sociale e relazionale € 50,00

€ 10.000,00 per la Macroarea Abitare in autonomia – Valore max bonus mensile € 100,00

€ 10.000,00 per la Macroarea Inclusione sociale e relazionale – Valore max bonus mensile € 100,00

€ 10.000,00 per la Macroarea Trasporto sociale – Valore max bonus mensile € 100,00

€ 20.000,00 per la Macroarea Domotica – Valore max bonus mensile € 200,00

## 6 - Modalità e tempi di presentazione della richiesta

Il progetto assistenziale individualizzato (PAI) viene definito tra la persona disabile e l'Assistente Sociale del Comune di residenza.

La persona interessata presenta su apposito modulo (Allegato B), una richiesta corredata da:

- copia del verbale di invalidità civile al 100% ed indennità di accompagnamento;
- copia del certificato di handicap grave (art 3 comma 3 della L. 104/92);
- progetto individualizzato e piano personalizzato di intervento;
- relazione dell'operatore di riferimento (Comune e/o ASL) a sostegno della domanda;
- ISEE sociosanitario, in corso di validità.
- Scheda anagrafica creditore Allegato C.

Le richieste dovranno pervenire all'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale Rieti 3, corredate dal progetto individualizzato e piano personalizzato di intervento secondo lo schema reso disponibile dall'ufficio di piano con precisazione della tempistica, della descrizione e quantificazione delle necessità di assistenza personale, dei relativi costi, ecc.;

Le domande potranno essere presentate nell'arco di un anno solare a partire dal 10/07/2017 e i singoli progetti saranno valutati da parte dell'UVM integrata di specifiche figure professionali con cadenza bimestrale.

Le domande, integralmente compilate e corredate della documentazione richiesta, devono pervenire in busta chiusa, all'Ufficio di Piano del Distretto Rieti 3 c/o l'Unione Comune Alta Sabina, P.zza V. Emanuele 2-02037 Poggio Moiano (RI).

Il plico dovrà pervenire a mezzo del servizio postale, agenzia di recapito autorizzata, o consegnato direttamente all'ufficio protocollo dell'Unione.

Il plico dovrà recare all'esterno, oltre all'intestazione del mittente ed all'indirizzo dello stesso, le indicazioni relative all'oggetto della domanda "Avviso pubblico Progetti Vita indipendente" e la dicitura **NON APRIRE – PROTOCOLLARE ALL'ESTERNO**.

L'invio della domanda, in ogni caso, si intende fatto ad esclusivo rischio del mittente.

La valutazione dell'UVM avverrà in base a schede di valutazione della fragilità sociale della persona beneficiaria dell'intervento (scala ADL, scala IADL, Barthel Index).

L'erogazione del finanziamento dei progetti ritenuti ammissibili avverrà sulla base dell'ordine cronologico di presentazione delle domande fino ad esaurimento del finanziamento concesso.

Il beneficio economico non è in alcun modo retroattivo e sarà riconosciuto solo a seguito del completamento dell'istruttoria da parte della UVM con decorrenza dal mese successivo a quello del provvedimento di ammissione al beneficio medesimo, che avverrà nei limiti delle risorse rese disponibili e assegnate da parte della Regione e dal Ministero. Gli utenti valutati che non possono essere attivati per esaurimento delle risorse saranno inseriti in elenco cronologico e verranno attivati nel caso vengano assegnate ulteriori risorse o a seguito di cessazioni e/o rinunce al contributo da parte di utenti già in carico.

### **7-Piano personalizzato di assistenza e atto di impegno**

A seguito dell'accoglimento della richiesta presentata dalla persona interessata, o chi la rappresenta ai sensi di legge, viene concordato tra la stessa ed il soggetto pubblico competente un apposito piano personalizzato di assistenza, elaborato tenendo conto delle condizioni e delle necessità della persona considerata globalmente nel proprio contesto di vita e contenente gli obiettivi da perseguire con l'intervento.

La persona destinataria dell'intervento o chi la rappresenta ai sensi di legge, sottoscrive, unitamente al piano personalizzato di assistenza di cui sopra, un apposito atto di impegno predisposto dal soggetto pubblico competente nel quale:

- si impegna a regolarizzare il rapporto di lavoro con l'assistente alla persona scelto, nel rispetto della normativa vigente;
- si impegna ad utilizzare il sostegno economico concessogli quale aiuto economico a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente alla persona;
- si impegna ad utilizzare, per le prestazioni di accompagnamento nei luoghi di impegno ed interesse personale finalizzati all'espletamento del piano personalizzato di assistenza attraverso gli organismi fornitori di servizi per la mobilità appositamente convenzionati, il sostegno economico concessogli, a titolo di rimborso spese totale o parziale, nel limite massimo stabilito dal soggetto pubblico competente delle risorse totali assegnate;
- si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi;
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- si impegna a presentare, con periodicità e secondo le modalità stabilite dal soggetto pubblico territorialmente competente, la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento;
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del soggetto pubblico competente idonea documentazione;
- si impegna a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno;
- accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, il soggetto pubblico titolare del servizio gli contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione. Trascorso inutilmente tale termine si potrà procedere alla revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate.

Il beneficiario ammesso al finanziamento del progetto dovrà altresì dichiarare di rinunciare ad ogni altra forma di contribuzione economica in forma indiretta disposta dall'Ufficio di Piano.

### **8 - Rendicontazione del progetto**

Sono riconosciuti come rimborsabili esclusivamente le spese rientranti nelle tipologie sopra indicate per ciascuna macroarea e finalizzate all'espletamento del piano personalizzato di assistenza, per almeno il 90% del contributo assegnato.

Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice civile.

La rendicontazione deve essere presentata trimestralmente tramite apposita istanza corredata da prospetto contabile secondo il modello reso disponibile dall'ufficio di piano.

Il destinatario si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) allegando al modulo di rendicontazione la documentazione a supporto.

La rendicontazione contabile deve essere presentata in copia dalla persona titolare del progetto all'Ufficio di Piano e i documenti originali devono essere a disposizione per eventuali verifiche.

#### **9 - Revoca del finanziamento**

Il non rispetto delle disposizioni definite nel presente bando, determinerà la sospensione del finanziamento e, nel caso di mancate giustificazioni delle contestazioni segnalate per iscritto nei tempi previsti, la revoca dello stesso.

In particolare possono determinare la revoca del finanziamento:

- l'utilizzo delle risorse economiche per scopi diversi da quelli definiti nel presente documento e previsti nel progetto individualizzato;
- documentazione di spesa non pertinente;
- mancato rispetto della normativa riguardante il contratto di lavoro degli assistenti personali.

**Poggio Moiano, 05/07/2017**

**IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO**

**F.to D.ssa Elena Braconi**



**Allegato B)**

All'Ambito Territoriale Distretto RI3  
Ufficio di Piano  
Piazza Vittorio Emanuele, 2  
02037 Poggio Moiano (RI)

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato /a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione al finanziamento nazionale, di cui al decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 487 del 29 dicembre 2016 per "PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA INDIPENDENTE" (PRO.V.I), annualità 2016.

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato /a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di: Familiare

Tutore

Amministratore di sostegno

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione al finanziamento nazionale, di cui al decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 487 del 29 dicembre 2016 per "PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA INDIPENDENTE" (PRO.V.I), annualità 2016

a favore di: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_







In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree

**Area autonomia personale**

alzarsi dal letto	uso del wc	lavarsi il viso
lavarsi le mani	lavarsi i capelli e pettinarsi	igiene intima
fare il bagno o doccia	vestirsi o spogliarsi	assistenza notturna
semplici interventi sanitari	gestione catetere	gestione degli ausili
coricarsi	mangiare, bere	altro

**Area autonomia domestica**

pulire la casa	preparare i pasti	fare la spesa
gestire la presenza di ospiti	altro	

**Area autonomia socio- lavorativa**

spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione	guida del mezzo a disposizioni
utilizzo dei mezzi pubblici accessibili	partecipazione attività culturali
attività relativa al tempo libero	disbrigo di pratiche burocratiche
utilizzo strumenti informatici	accompagnamento fuori casa
assistenza sul posto di lavoro	assistenza in ambito scolastico/universitario
attività sportive	attività culturali
attività di tempo libero	viaggi

**Assistenza personale**

n. \_\_\_\_\_ ore settimanali, per n. \_\_\_\_\_ settimane. Totale complessivo ore \_\_\_\_\_

Periodo in cui viene realizzato l'intervento: dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_

**Assunzione dell'assistente familiare**

(barrare solo una delle due caselle)

avvenuta in data \_\_\_\_\_ (è obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro);

si garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare successivamente, dopo la comunicazione di ammissione al contributo, da parte del Ambito territoriale Ri/3.

Costo complessivo:	€ _____
Eventuale contributo della famiglia o di terzi:	€ _____

Il /la sottoscritto/a, informato/a ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano dell' Ambito Territoriale Rieti 3.

- **Si impegna** a comunicare all'Ufficio di Piano l'eventuale ricovero del diretto interessato
- **Allega** alla presente domanda:
  - copia del verbale di invalidità civile al 100% ed indennità di accompagnamento
  - copia del certificato di handicap grave (art 3 comma 3 della L. 104/92)
  - progetto individualizzato e piano personalizzato di intervento
  - relazione dell'operatore di riferimento (Comune e/o ASL) a sostegno della domanda;
  - ISEE sociosanitario, in corso di validità.
- **Dichiara**, in caso di ammissione a finanziamento, di rinunciare ad ogni altra forma di contribuzione economica in forma indiretta disposta dall'Ufficio di Piano.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.lgs.

**Modalità di pagamento**

Accredito bancario su c/c intestato al beneficiario

(Compilare modello Scheda Creditore Allegato C)

\_\_\_\_\_  
(data e firma)

**Consenso al trattamento dei dati sensibili**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti comunali in materia.

\_\_\_\_\_  
(data e firma)





# UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571 -

Tel. 0765876661/875020 Fax 0765876661

E-mail: unionecomunialtasabina@gmail.com

## ALLEGATO C

## SCHEDA CREDITORE

NOME/DITTA :	
COGNOME:	
INDIRIZZO:	N. CIVICO:
COMUNE DI RESIDENZA :	PROVINCIA:
CAP:	
COMUNE DI NASCITA :	
PER LO STATO ESTERO SPECIFICARE PER ESTESO, CITTA', NAZIONE , STATO:	
DATA DI NASCITA :	
CODICE FISCALE O P/IVA:	
MASCHIO : FEMMINA:	
RECAPITO TELEFONICO DEL BENEFICIARIO CONTRIBUTO:	
<b>MODALITA' DI PAGAMENTO</b>	
BONIFICO BANCARIO INTESTATO AL BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO:	
BANCA/UFFICIO POSTALE :	
FILIALE DI :	
IBAN:	
<b>N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA LEGGIBILE DEL: CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE DOCUMENTO D'IDENTITA' TESSERA SANITARIA</b>	
DATA E FIRMA PER ESTESO DEL BENEFICIARIO :	
DATA E FIRMA PER ESTESO DEL COMPILATORE SCHEDA:	
N.B : La mancanza di almeno uno dei dati richiesti, comporta l'impossibilità immediata di erogare il contributo.	

