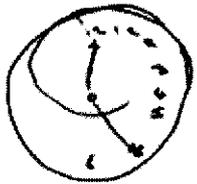


AMBITO TERRITORIALE SOVRADISTRETTUALE DI RIETI
Distretti: n.1, Comune di Rieti – n.2 Comune di Poggio Mirteto -
n.3, Unione dei Comuni dell'Alta Sabina – n.4, Comunità Montana Salto Cicolano
– n.5, Comunità Montana del Velino



REATE SENIOR - PIANO DI INTERVENTI IN FAVORE
DELLE PERSONE AFFETTE DALLA MALATTIA DI
ALZHEIMER

AVVISO PUBBLICO

Determina n 915 del 21/07/2014

Il Dirigente del Settore II del Comune di Rieti
in qualità di capofila dell'Ambito sovra distrettuale della provincia di Rieti comunica che
entro l' 11/10/2014 è possibile presentare la richiesta per

ASSEGNO DI CURA E ASSISTENZA

per il concorso e il parziale rimborso delle spese relative all'assistenza
individuale a domicilio delle persone affette dalla Malattia di Alzheimer

POSSONO RICHIEDERE L'ASSEGNO DI CURA ED ASSISTENZA I CITTADINI:

- residenti in uno dei Comuni della provincia di Rieti;
- in possesso di certificazione attestante la diagnosi di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e indicante il punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;
- che presentano un Isee del nucleo familiare in corso di validità inferiore a 15.000 euro.

COME RICHIEDERE L'ASSEGNO DI CURA E ASSISTENZA:

Le linee guida e il modulo di richiesta sono disponibili presso tutti i Comuni della provincia di Rieti e sui siti istituzionali degli enti capofila di distretto:

www.comune.rieti.it - www.bassasabinasociale.it - www.unionecomunialtasabina.it
www.saltocicolano.it - www.velino.it

SPESE AMMISSIBILI:

Sono ammissibili a rimborso le spese sostenute per compensi ad assistenti personali - in possesso di qualifiche abilitanti al lavoro socio-assistenziale o assistenti privi di qualifica ma con comprovata esperienza di assistenza ad utenti affetti da Alzheimer in possesso di regolare contratto di lavoro. Gli assistenti non potranno essere parenti e affini dell'utente entro il 3° grado di parentela.



Per ulteriori informazioni e chiarimenti nonché per assistenza nella compilazione della richiesta è possibile rivolgersi al Servizio sociale del Comune di residenza o agli Uffici di Piano dei Distretti.

data 27/08/2014

IL DIRIGENTE DEL SETTORE II
del Comune di Rieti capofila di ambito sovradistrettuale





AMBITO TERRITORIALE SOVRADISTRETTUALE DI RIETI
Distretti: n.1, Comune di Rieti - n.2 Comune di Poggio Mirteto -
n.3, Unione dei Comuni dell'Alta Sabina - n.4, Comunità Montana Salto
Cicolano - n.5, Comunità Montana del Velino



REATE SENIOR - PIANO DI INTERVENTI IN FAVORE
DELLE PERSONE AFFETTE DALLA MALATTIA DI
ALZHEIMER

LINEE GUIDA PER LA RICHIESTA DI ASSEGNO DI CURA E ASSISTENZA

per il concorso e il parziale rimborso delle spese relative all'assistenza
individuale a domicilio delle persone affette dalla Malattia di Alzheimer

POSSONO RICHIEDERE L'ASSEGNO DI CURA E ASSISTENZA I CITTADINI:

- residenti in uno dei Comuni della provincia di Rieti;
- in possesso di certificazione attestante la diagnosi di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e indicante il punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;
- che presentano un Isee del nucleo familiare in corso di validità inferiore a € 15.000,00

COME RICHIEDERE L'ASSEGNO DI CURA E ASSISTENZA:

La richiesta (pena esclusione dall'avviso pubblico) dovrà essere corredata dei seguenti documenti:

- Richiesta di accesso al Bando** - compilata sul modello predisposto - che dovrà pervenire pena l'esclusione entro il **11/10/2014** presso i Comuni di residenza
- Attestazione ISEE** ai sensi del D. Lgs. 31/3/1998, n. 109 e successive modificazioni, per la determinazione della Situazione Economica del nucleo familiare del richiedente o beneficiario;
- Certificazione attestante la diagnosi di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e indicante il punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;**



La certificazione attestante la diagnosi e la valutazione MMSE potranno essere rilasciate all'utente dal Centro UVA (Unità Valutativa Alzheimer) della ASL o dal medico specialista Neurologo del Distretto Sanitario di appartenenza.

Qualora la certificazione in possesso dell'utente fosse antecedente ad un anno e l'utente si fosse nel frattempo aggravato, in considerazione del fatto che il punteggio relativo alla valutazione del test MMSE concorre a determinare il punteggio in graduatoria, si consiglia di aggiornare il Test MMSE.

4. **Copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario** qualora non fosse la stessa persona.

SPESE AMMISSIBILI:

Sono ammissibili a rimborso attraverso l'assegno di cura **le sole spese sostenute per compensi ad assistenti personali - in possesso di qualifiche abilitanti al lavoro socio-assistenziale o assistenti privi di qualifica ma con comprovata esperienza di assistenza ad utenti affetti da Alzheimer** - con regolare contratto di lavoro e comprensivo degli oneri previdenziali e assicurativi corrisposti per prestazioni assistenziali rese al domicilio dell'utente. Gli assistenti non potranno essere parenti e affini entro il 3° grado di parentela.

Tali spese dovranno essere documentate attraverso la presentazione di copia dei contratti di lavoro, delle ricevute dei versamenti contributivi, delle buste paga o regolare fatturazione dei pagamenti effettuati. Le stesse spese non dovranno essere state già oggetto di alcun altro tipo di rimborso o contributo da parte dei Servizi Sociali comunali o distrettuali.

Ai fini dell'accesso ai contributi di cui al presente avviso tali spese potranno essere sostenute nel periodo dal **1/06/2014 al 30/09/2015**.

DEFINIZIONE DELLA GRADUATORIA DEGLI AVENTI DIRITTO:

L'Ufficio di Ambito verifica la regolarità e la completezza della documentazione presentata. Il Dirigente del Settore II del Comune di Rieti capofila di ambito ammette le richieste conformi ai requisiti previsti.

Le richieste verranno esaminate dalla Unità valutativa multidimensionale sociosanitaria integrata sulla base della scheda di valutazione del bisogno socioassistenziale e della condizione di non autosufficienza, anche in seguito a visite domiciliari.

La selezione delle richieste verrà effettuata dalla Commissione di ambito integrata per gli Assegni di cura e assistenza che, in base alla valutazione effettuata con le modalità su indicate, stilerà una graduatoria su base provinciale.

L'attribuzione degli assegni di cura ed assistenza verrà effettuata in ordine di graduatoria fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI CURA:

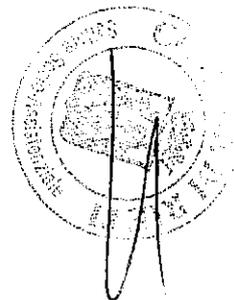
L'ammontare complessivo dell'assegno di cura ed assistenza varia in funzione della situazione economica o di altri contributi erogati dai Servizi Sociali comunali e distrettuali finalizzati all'assistenza personalizzata. (assegni di cura distrettuali, prestazioni prevalenti Home care premium, finanziamenti per la Non autosufficienza ecc.). Esso non potrà superare gli importi di cui alla seguente tabella. In nessun caso l'assegno di cura ed assistenza può essere superiore ad euro 5.000,00 complessivi.



ISEE nucleo familiare	Assegno di cura ed assistenza	Assegno di cura ed assistenza ridotto per contestuale godimento di altri contributi
MINORE DI € 7.500,00	max € 5.000,00	max € 2.500,00
MINORE DI € 12.500,00	max € 3.500,00	max € 1.750,00
MINORE DI € 15.000,00	max € 2.500,00	max € 1.250,00

Il contributo viene erogato a seguito della presentazione della documentazione di rendicontazione delle spese sostenute.

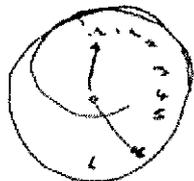
Per ulteriori informazioni e chiarimenti nonché per assistenza nella compilazione della richiesta è possibile rivolgersi al Servizio sociale del Comune di residenza o agli Uffici di Piano dei Distretti.



- Allegato C -



AMBITO TERRITORIALE SOVRADISTRETTUALE DI RIETI
 Distretti: n.1, Comune di Rieti – n.2 Comune di Poggio Mirteto -
 n.3, Unione dei Comuni dell'Alta Sabina – n.4, Comunità Montana Salto
 Cicolano – n.5, Comunità Montana del Velino



**REATE SENIOR - PIANO DI INTERVENTI IN FAVORE
 DELLE PERSONE AFFETTE DALLA MALATTIA DI
 ALZHEIMER**

Al **COMUNE DI**
 Servizi Sociali

**DOMANDA PER L'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER PERSONE AFFETTE DA
 ALZHEIMER - ANNO 2014.**

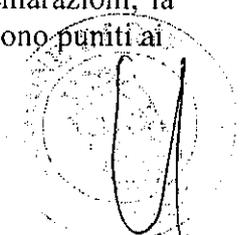
Il/La sottoscritto/a _____
 Codice Fiscale n. _____
 Nato/a a _____
 Residente a _____ Via _____ N. _____
 Domiciliato in via _____ Comune di _____
 Tel _____ Cell. _____

CHIEDE

per sè;
 per conto del/della sig./sig.ra _____
 Codice Fiscale n. _____
 Nato/a a _____
 Residente a _____ Via _____ N. _____
 Domiciliato in via _____ Comune di _____
 Tel _____ Cell. _____
 in qualità di _____

**di poter accedere al contributo "assegno di cura e di assistenza" per persone affette da
 Alzheimer - anno 2014.**

Ai sensi degli artt. 46,47,76 e 77 del DPR 445/2000 e consapevole che le false dichiarazioni, la
 falsità negli atti e l'esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero sono puniti ai
 sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità



DICHIARA

- che le prestazioni assistenziali verranno svolte presso il domicilio della persona assistita con l'ausilio di un'assistente domiciliare privata in possesso di regolare contratto di lavoro;
- che la persona assistita usufruisce di altri finanziamenti erogati dai Servizi Sociali finalizzati all'assistenza personalizzata quali: _____ (specificare: Home Care, Non autosufficienza, ecc);
- che il reddito ISEE del nucleo familiare relativo all'anno 2013 è pari a € _____ come risulta dalla relativa certificazione allegata ;
- di avere già in essere un'assistente domiciliare.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità
- Certificazione attestante la diagnosi di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e indicante il punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;
- Copia dichiarazione ISEE relativa ai redditi dell'anno 2013

Io sottoscritt..... dichiaro di essere a conoscenza che, in caso di accoglimento della presente richiesta, sono tenuto a segnalare a codesto servizio del Comune di Rieti , non oltre 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione di quanto dichiarato nella presente.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale è tenuta a procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che in caso di dichiarazioni non veritiere il dichiarante decade dai benefici conseguenti a detta dichiarazione.

data _____

Firma _____

CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Decreto Lgs. 30/06/2003 n. 196)

Il sottoscritto previamente informato, autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196, a seguito dell'istanza presentata a codesto Ente. Autorizza inoltre il Comune di Rieti ad utilizzare i dati forniti con la presente domanda e quelli in possesso dell'Ente a qualsiasi altro titolo per la gestione completa del servizio erogato, anche mediante il coinvolgimento di persone o società esterne.

li _____

Firma del richiedente _____

