

874100585

ano Romano acciano

agliano Romano

azzano Romano

nzano Romano

gnano Flaminio crofano

.nt'Oreste

rrita Tiberina

ımpagnano di Roma

ıstelnuovo di Porto vitella San Paolo

MUNI DI

ipena

rmello

orlupo

ano

AVVISO PUBBLICO

PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI PER PIANI PERSONALIZZATI DI INTERVENTO, FINALIZZATI ALLA PROMOZIONE DELLE AUTONOMIE A FAVORE DI MINORI, GIOVANI E GIOVANI-ADULTI CON DISABILITÁ – PIANI PER LE AUTONOMIE

SCADENZA 12/07/2019

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162;

Vista la Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 recante "Sistema Integrato degli interventi e servizi sociali della Regione Lazio" che all'art 4 lettera r) prevede tra gli altri obiettivi "promozione di interventi volti a sostenere la vita indipendente delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia...";

Visto il Piano Sociale di Zona del Consorzio Valle del Tevere;

Vista la programmazione dell'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere per gli interventi di cui al presente avviso per le annualità 2018-2019;

Considerato che la spesa prevista per la realizzazione degli interventi oggetto del presente avviso è pari a € 180.000,00 per interventi a favore di disabili medio-gravi;

Vista la Determinazione del Consorzio Valle del Tevere n. 94 del 12.06.2019 di approvazione del presente Avviso Pubblico;

Dato atto che il seguente Avviso Pubblico è stato oggetto di condivisione tra i servizi sociali territoriali.

SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di <u>un finanziamento a rimborso</u> d'interventi di promozione delle autonomie, da gestire in forma indiretta, a favore di minori, giovani e giovani-adulti con disabilità, residenti nel territorio del Consorzio Valle del Tevere.

Saranno finanziati <u>n. 30</u> Piani per l'autonomia, per un <u>importo mensile massimo</u> di <u>€ 500,00</u> (cinquecento/00) <u>cadauno</u>, per un totale di n. 12 mesi dal momento della sottoscrizione del contratto.

DE LEGALE Comune di Formello zza S. Lorenzo, 8 060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 x 06 9089577

Destinatari

Possono presentare domanda di partecipazione tutte le persone e/o i loro familiari che, al momento della pubblicazione del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti:

• Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Consorzio del Distretto 4.4;

VIAIL



MUNI DI impagnano di Roma ipena istelnuovo di Porto vitella San Paolo ano Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano odulro ızzano nzano Romano gnano Flaminio .crofano nt'Oreste rrita Tiberina

DE LEGALE

Comune di Formello

zza S. Lorenzo, 8

060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 x 06 9089577

estione@consorziovalledeltevere.it

nministrazione@consorziovalledeltevere.it iciodipiano@consorziovalledeltevere.it o@pec.consorziovalledeltevere.it

• Avere un'età compresa tra 0-35 anni;

• Essere in possesso dell'invalidità civile al 100% o indennità di frequenza, tale requisito è fondamentale per accedere alla misura;

• Certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 1 o comma 3, Se in possesso (Tale requisito è utile per determinare un ulteriore punteggio ai fini del posizionamento in graduatoria);

N.B. Gli utenti in possesso dei requisiti di cui sopra qualora presentino domanda di concessione di finanziamento di cui al presente Avviso NON potranno presentare la domanda di concessione per i finanziamenti di cui all'Avviso in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave - L.R. 20/2016. Per la scelta della tipologia di finanziamento da richiedere sarà di fondamentale importanza il supporto che il Servizio Sociale di competenza residenziale potrà dare all'utente o alla sua famiglia.

Qualora l'utente dovesse presentare domanda di concessione per entrambi i finanziamenti, le domande non saranno valutate e saranno entrambe escluse d'Ufficio.

Finalità dell'intervento e piani ammessi al finanziamento

Saranno finanziati ai sensi della L.R. 20/2006 interventi che avranno come finalità la promozione delle autonomie della persona disabile, attraverso forme di interventi che promuovano le autonomie personali, mediante l'attivazione di Piani Personalizzati di Intervento (P.P.I.), da gestire in forma indiretta.

Prestazioni ammissibili al finanziamento:

- Intervento finalizzato allo sviluppo delle autonomie personali (intervento personalizzato sulla base dei bisogni dell'utente, al fine di promuoverne l'autonomia e l'inclusione sociale attiva);
- Socializzazione e integrazione (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento socio-educativo);

Resta intesa, trattandosi di un servizio da erogarsi con la modalità indiretta, la totale libertà di scelta da parte dell'utente o di un suo familiare di stipulare un contratto di lavoro con soggetti privati e nel rispetto della vigente normativa in materia o in alternativa stipulare un contratto di assistenza con Enti del Terzo Settore e Cooperative Sociali.

Gli assistenti destinati al servizio <u>non potranno essere parenti e/o affini dell'utente entro il 3º grado di parentela.</u>

Il personale impegnato nelle attività, sia esso assunto in forma privata che attraverso un Ente/organismo, dovrà essere in possesso della qualifica di **Educatore Professionale**. La funzione di educatore professionale è ricoperta da professionisti formati nell'ambito delle classi di laurea per le professionali sociali e delle classi di laurea delle professioni sanitarie della riabilitazione e titoli equipollenti.

In caso di finanziamento dell'intervento l'utente o suo familiare dovrà presentare presso l'Ufficio di Piano del Consorzio, entro e non oltre 30 giorni



TERVENTI SOCIALI

dall'approvazione della graduatoria definitiva, tutta la documentazione necessaria (contratto di lavoro con soggetti privati o convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi di Terzo Settore) ai fini dell'attivazione dei Piani Personalizzati di Intervento.

Tutte le attività, oggetto del P.P.I, dovranno avere una durata massima di un anno solare dal momento della sottoscrizione del contratto, sia esso in forma privata che attraverso Enti di Terzo Settore o Cooperative Sociali.

Gli interventi dovranno avere inizio a decorrere dal 01/09/2019, fatta salva la possibilità di decorrenza posticipata a tale data, nei casi in cui l'utente sia stato beneficiario del medesimo intervento L.R. 20/2006 nell'annualità 2018/2019 ed abbia una scadenza successa alla data del 01/09/2019.

In tale ultima ipotesi l'intervento decorrerà dalla sottoscrizione del nuovo contratto.

Non saranno finanziate prestazioni che abbiano finalità inerenti e/o correlate al "diritto allo studio" o di natura strettamente sanitaria.

Il finanziamento non è compatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria o sociosanitaria (R.S.A. - Struttura socio-assistenziale), in questo caso, l'utente o un suo familiare è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano, indicando la data dell'inserimento.

Modalità di valutazione

A seguito della presentazione delle domande sarà istituita una Unità Valutativa Multi disciplinare (UVMD), costituita da medici individuati dalla ASL Roma 4.4 e tre Operatori sociali, individuati dal Direttore del Consorzio, tra quelli in forza tra i Comuni consorziati o presso l'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

L'UVMD valuterà elementi sociali e sanitari al fine di pervenire alla definizione di una graduatoria distrettuale sulla base dei punteggi assegnati.

L'UVMD, in caso di incongruità nella documentazione prodotta, si riserva di procedere con ulteriori accertamenti sociali e/o medico/sanitari.

A seguito della pubblicazione della graduatoria distrettuale definitiva i beneficiari degli interventi saranno chiamati a redigere e sottoscrivere, di concerto con gli operatori dell'Ufficio di Piano del Consorzio, i singoli P.P.I. .

Per gli utenti/beneficiari residenti presso l' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" (Civitella San Paolo, Torrita Tiberina, Nazzano, Filacciano, Ponzano Romano e Sant'Oreste) i singoli P.P.I. saranno redatti e sottoscritti dagli Assistenti Sociali in forza presso i medesimi Comuni, con il supporto comunque dell'Ufficio di Piano.

Saranno finanziati n. 30 Piani Personalizzati di Intervento, per un importo annuo totale di massimo € 6.000,00 cadauno (per un rimborso massimo di € 500,00 mensili).

L'Ufficio di Piano, in caso di decesso, rinuncia o perdita dei requisiti di uno degli aventi diritto, procederà allo scorrimento della graduatoria. In tale ipotesi verranno attivati un numero di progetti fino alla concorrenza dei fondi assegnati e disponibili per gli interventi oggetto del presente avviso.

DICE FISCALE 874100585

MUNI DI impagnano di Roma ıpena ıstelnuovo di Porto vitella San Paolo ano Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano ogulac 177ano nzano Romano ₃no anano Flaminio crofano .nt'Oreste

rrita Tiberina

DE LEGALE

Comune di Formello
zza S. Lorenzo, 8
060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 x 06 9089577

VIAIL



TERCOMUNALE El SERVIZI E **TERVENTI SOCIALI** La graduatoria distrettuale definitiva sarà consultabile sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere www.consorziovalledeltevere.it

Criteri di valutazione e punteggi

Ogni domanda di accesso al contributo raggiungerà un punteggio che sarà assegnato in sede di valutazione da parte dell'UVMD, per ogni area oggetto di valutazione.

La valutazione, al fine dell'assegnazione dei punteggi, sarà desunta dall'Allegato C relativamente all'area sanitaria, mentre per l'attribuzione dei punteggi relativi all' area sociale e all'area socio-economica saranno valutate le informazioni contenute nello schema di domanda che avranno valore di autocertificazioni nonché la documentazione prodotta.

Il punteggio assegnato per ogni area potrà raggiungere il seguente punteggio massimo:

AREA DI RIFERIMENTO	PUNTEGGIO MASSIMO
Area sanitaria	n. 40 punti
Area sociale	n. 50 punti
Area socio-economica	n. 10 punti

DICE FISCALE 874100585

MUNI DI impagnano di Roma ipena istelnuovo di Porto vitella San Paolo ino Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano orlupo 1778no nzano Romano anano Flaminio .crofano nt'Oreste rrita Tiberina

Parità di punteggio

A parità di punteggio precederà in graduatoria l'utente che avrà ottenuto il punteggio più alto in base alle singole voci inserite nella scheda di valutazione.

In caso di ulteriore parità di punteggio verrà presa in considerazione la data e l'ora di arrivo della domanda all'Ufficio Protocollo del Consorzio Valle del Tevere.

Per gli utenti/beneficiari residenti presso l' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" (Civitella San Paolo, Torrita Tiberina, Nazzano, Filacciano, Ponzano Romano e Sant'Oreste) farà fede la data e l'ora di arrivo della domanda presso l'ufficio protocollo dei Comuni di residenza.

Modalità di liquidazione del finanziamento

L'erogazione del contributo avverrà a rimborso, con cadenza mensile, a seguito della presentazione da parte dell'utente, o suo familiare, della documentazione attestante le spese sostenute (busta paga, fattura dell'ente assistenziale e copia del bonifico effettuato) all'Ufficio di Piano del Consorzio.

Dovranno essere trasmesse le copie dei bonifici bancari effettuati a favore di persona fisica o ente assistenziale che eroga il servizio, con l'esplicita indicazione del mese di erogazione del servizio, unitamente al modulo di rendicontazione (Allegato D) all'indirizzo email ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it.

In assenza di uno dei due documenti sopra menzionati non si procederà alla liquidazione.

In caso di mancata presentazione delle ricevute entro i 30 giorni successivi alla scadenza del mese precedente, il beneficiario decadrà dal diritto al rimborso per il mese di riferimento (es: i mesi di gennaio dovrà essere rendicontato entro il 28 febbraio).

In caso di mancata presentazione delle ricevute entro i 90 giorni successivi alla scadenza del mese precedente, il beneficiario decadrà dal beneficio concesso (es: il mese di gennaio dovrà essere rendicontato entro il 30 aprile pena la decadenza del

DE LEGALE Comune di Formello azza S. Lorenzo, 8 060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 x 06 9089577

WAII

esidente@consorziovalle@cntributo). ettore@consorziovalledeltevere.it nministrazione@consorziovalledeltevere.it iciodipiano@consorziovalledeltevere.it o@pec.consorziovalledeltevere.it

4



TERCOMUNALE EI SERVIZI E TERVENTI SOCIALI

DICE FISCALE 874100585

MUNI DI impagnano di Roma ipena istelnuovo di Porto vitella San Paolo ano Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano oquirc 177800 nzano Romano ano anano Flaminio crofano .nt'Oreste rrita Tiberina

DE LEGALE) Comune di Formello azza S. Lorenzo, 8 060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608

x 06 9089577

WAII

A conclusione del progetto annuale gli operatori dell'Ufficio di Piano e i Servizi Sociali dell' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" (per gli utenti di loro competenza), elaboreranno una relazione conclusiva sul servizio erogato e sul raggiungimento degli obiettivi previsti nel P.P.I.

Saranno rimborsate le sole spese sostenute per l'assistenza per un massimo di € 500,00 mensili.

Eventuali somme aggiuntive riportate nelle fatture/buste paga saranno ad esclusivo carico dell'utente o della sua famiglia.

Nel caso in cui le fatture/buste paga presentate riportassero importi inferiori a € 500,00 mensili, la differenza con detto importo non potrà essere compensata con fatture/buste paga relative a mensilità successive.

Termini e presentazione delle domande

I modelli per le domande (All A), che avranno valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, e i moduli e le linee guida per la compilazione sono a disposizione presso:

- L'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza:
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769 il martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
- sito istituzionale del Consorzio Valle del Scaricabili sul www.consorziovalledeltevere.it.
- Ufficio di Piano Consorzio Valle del Tevere Formello Piazza San Lorenzo, 8 - 00060, tel. 0690194606-607-608, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 13.00 e il martedì e giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.30

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente:
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap ex art. 3 comma 1 o comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge (Se in possesso);
- Copia certificazione verbale d'invalidità al 100% o indennità di frequenza;
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, da compilarsi a cura del medico di base dell'utente (All C).

La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione:

- Per gli utenti NON residenti nell' "Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte" al protocollo generale dell'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere - Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM, entro e non oltre le ore 13.00 del giorno 12/07/2019 tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità;
- Per gli utenti residenti nell'Unione dei Comuni Valle del Tevere Soratte (Civitella San Paolo, Torrita Tiberina, Nazzano, Filacciano, Ponzano Romano



874100585

ımpagnano di Roma

ıstelnuovo di Porto

vitella San Paolo

agliano Romano azzano Romano

nzano Romano

gnano Flaminio

rrita Tiberina

ano Romano acciano rmello

MUNI DI

ipena

oquirc

ızzano

.crofano nt'Oreste e Sant'Oreste) al protocollo dei comuni di residenza entro e non oltre le <u>ore</u> <u>13.00</u> del giorno <u>12/07/2019</u> tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Gli Operatori Sociali dei Comuni dell'Unione consegneranno all'Ufficio di Piano le domande pervenute presso i loro Comuni, entro e non oltre il <u>19/07/2019</u> così da permettere all'Ufficio di avviare le procedure di selezione.

Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE FINANZIAMENTO P.P.I. AUTONOMIE A FAVORE DI PERSONE DISABILI – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE.

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante agenzie di recapito autorizzate, tramite PEC all'indirizzo info@pec.consorziovalledeltevere.it, rimane a totale rischio del mittente.

Farà fede la data o l'ora apposte sul plico dall'addetto del protocollo generale del Consorzio o del Protocollo dei Comuni dell'Unione.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito. Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 13.00 – il martedì e il giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.30.

Casi particolari

Eventuali modifiche alle modalità di erogazione del servizio, rispetto a quelle inizialmente previste, dovranno essere comunicate all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Qualora il richiedente del contributo risulti beneficiario sia del finanziamento di cui al presente Avviso sia del contributo previsto da altro Avvio Pubblico per gli interventi per la disabilità grave - LR. 20/06, o ancora risulti beneficiario del contributo a favore di persone con disabilità gravissima, lo stesso dovrà formalmente rinunciare agli altri interventi, tramite comunicazione scritta da inviare all'Ufficio di Piano, entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva per la concessione degli interventi di cui al presente avviso, non potendo gli interventi essere sovrapponibili.

In caso di mancata comunicazione di rinuncia il Consorzio si riserva la facoltà di attribuire discrezionalmente il contributo che riterrà più idoneo per l'utente.

Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.

DE LEGALE
) Comune di Formello
3zza S. Lorenzo, 8
060 Formello RM

90194606-607-608

x 06 9089577

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso:

- il Punto Unico di Accesso (PUA);
- Ufficio dei Servizi Sociali di residenza;
- Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere;

nelle sedi e nei contatti indicati al precedente punto "<u>Termini e presentazione delle</u> domande".

VAIL

LEFONI

esidente@consorziovalledeltevere.it ettore@consorziovalledeltevere.it nministrazione@consorziovalledeltevere.it iciodipiano@consorziovalledeltevere.it o@pec.consorziovalledeltevere.it

6



ONSORZIO TERCOMUNALE EI SERVIZI E TERVENTI SOCIALI Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere Tel. – 06 90194606 - Fax 06 9089577.

E-mail direttore@consorziovalledeltevere.it

Prot.n. 947 del 12.06.2019

Il Direttore

Dott.ssa Simonetta De Mattia

Trusunda De halis

DICE FISCALE 874100585

MUNI DI ımpagnano di Roma ipena istelnuovo di Porto vitella San Paolo ano Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano orlupo ızzano nzano Romano gnano Flaminio crofano .nt'Oreste rrita Tiberina

DE LEGALE

) Comune di Formello

1zza S. Lorenzo, 8

060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 x 06 9089577

VIAIL

TALLE del TEVERE DNSORZIO TERCOMUNALE EI SERVIZI E TERVENTI SOCIALI

ALLEGATO A

Il/la sottoscritto/a

SPETT.LE

CONSORZIO VALLE DEL TEVERE c/o COMUNE DI FORMELLO PIAZZA S. LORENZO, 8 00060 FORMELLO RM

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI PER PROGETTI PERSONALIZZATI DI INTERVENTO, FINALIZZATI AD INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLE AUTONOMIE A FAVORE DI MINORI, GIOVANI E GIOVANI-ADULTI CON DISABILITÁ – PIANI PER LE AUTONOMIE

		•			
DICE FISCALE 874100585	Nato/a a	P:	rov	il	
MUNI DI Impagnano di Roma Ipena Istelnuovo di Porto		Pı			
vitella San Paolo ano Romano acciano rmello agliano Romano	Via			n	
azzano Romano orlupo azzano nzano Romano ano	Codice Fiscale				
gnano Flaminio crofano nt'Oreste rrita Tiberina	Telefono	Cell			
	e-mail				
	ovvero in qualità di fami	liare/tutore di:			
	Cognome	Nome			
DE LEGALE O Comune di Formello azza S. Lorenzo, 8 060 Formello RM	Nato/a a	Prov.	il		
LEFONI 90194606-607-608 x 06 9089577	Residente in	Prov	CAP		
<i>VIAIL</i>	Via			n	
esidente@consorziova ettore@consorziovalle ministrazione@consor iciodipiano@consorzio o@pec.consorziovalle	deltevere.it ziovalledeltevere.it ovalledeltevere.it				8
	•				



DNSORZIO TERCOMUNALE EI SERVIZI E

TERVENTI SOCIALI

rapporto di parentela		
DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)	•	
		A

CHIEDE

la concessione del finanziamento per l'attivazione programmi d'intervento per l'autonomia, da gestire in forma indiretta, per un importo totale annuo di massimo € 6.000,00 (massimo € 500,00 mensili), a favore di persone disabili medio-gravi, non autosufficienti, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

- di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio;
- di essere o di presentare domanda per conto di possessore d'invalidità civile al 100% o indennità di frequenza;
- di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con educatori professionali nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idonea convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi di Terzo Settore);
- di impegnarsi a trasmettere all'Ufficio di Piano del Consorzio la documentazione necessaria per l'avvio del progetto individualizzato (P.P.I.) entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro o convenzione):
- che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
- di impegnarsi a trasmettere, con cadenza mensile, all'Ufficio di Piano, la rendicontazione delle spese sostenute per un massimo di € 500,00 mensili, comprensiva delle copie dei bonifici bancari effettuati a favore di persona fisica o ente assistenziale che eroga il servizio, con l'esplicita indicazione del mese di erogazione del servizio, unitamente al modulo di rendicontazione (Allegato D);
- di avere un'età compresa tra 0-35 anni;
- di aver preso conoscenza e di accettare le eventuali decadenze dal beneficio in caso di mancata rendicontazione;
- che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

*DICE FISCALE 874100585

MUNI DI impagnano di Roma istelnuovo di Porto vitella San Paolo ano Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano orlupo izzano nzano Romano ano anano Flaminio crofano .nt'Oreste rrita Tiberina

DE LEGALE

Comune di Formello

ZZA S. Lorenzo, 8

O60 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 x 06 9089577

WAIL



EI SERVIZI E TERVENTI SOCIALI

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità L.104/92 o invalidità civile	Occupazione lavorativa
,				
			`	

DICE FISCALE 874100585

MUNI DI impagnano di Roma ıstelnuovo di Porto vitella San Paolo and Romano acciano rmello agliano Romano

azzano Romano orlupo 177200 nzano Romano ano anano Flaminio .crofano nt'Oreste

rrita Tiberina

P.s. le informazioni contenute nella tabella di cui sopra saranno oggetto di valutazione al fine dell'attribuzione dei punteggi, pertanto la stessa dovrà essere compilata in modo scrupoloso e attinente.

e altresì dichiara di usufruire/non usufruire dei servizi e/o prestazioni socio-sanitari seguenti:

Servizi e/o prestazioni socio-sanitarie attivi:

- nessun servizio attivo
- seguito da servizi sociali territoriali (es. Assistenza domiciliare comunale)
- seguito dai servizi distrettuali (indicare quali)
 - o L.R. 20/2006 Disabilità grave
 - o Finanziamenti finalizzati ad interventi domiciliari in favore di persone non autosufficienti con disabilità gravissima
 - Assistenza domiciliare integrata anziani
 - Assistenza educativa domiciliare per minori
- già seguito da altri servizi socio-sanitari (Servizi ASL)

Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia certificazione verbale d'invalidità civile al 100% o indennità di frequenza;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap ex art. 3 comma 1 o comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge (Se in possesso);
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi dalla vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, da compilarsi a cura del medico di base dell'utente (All C).

azza S. Lorenzo, 8 060 Formello RM LEFONI 90194606-607-608

x 06 9089577

) Comune di Formello

DE LEGALE

VIAIL



ONSORZIO TERCOMUNALE EI SERVIZI E TERVENTI SOCIALI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con
la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio, e/o
trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto
del D.Lgs. n. 196/2003.

Data	Lirma	
Data	Гиша	

*DICE FISCALE 874100585

MUNI DI ımpagnano di Roma ιpena istelnuovo di Porto vitella San Paolo ano Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano orlupo ızzano nzano Romano ano gnano Flaminio .crofano .nt'Oreste rrita Tiberina

DE LEGALE

Comune di Formello

zza S. Lorenzo, 8

060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 × 06 9089577

WAIL anida



EI SERVIZI E TERVENTI SOCIALI

o@pec.consorziovalledeltevere.it

ALLEGATO B

Il/la sottoscritto/a

SPETT.LE CONSORZIO VALLE DEL TEVERE c/o COMUNE DI FORMELLO PIAZZA S. LORENZO , 8 00060 FORMELLO - RM

OGGETTO: Finanziamenti di progetti personalizzati di intervento, finalizzati alla promozione delle autonomie a favore di minori, giovani e giovani-adulti con disabilità – piani per le autonomie.

	Nato/a a		Prov.	il	
TICE FISCALE 74100585					
<i>IUNI DI</i> npagnano di Roma	Codice Fiscale				
pena stelnuovo di Porto tella San Paolo	Telefono		Cell		
no Romano cciano	e-mail				
mello gliano Romano	ovvero in qualità di fai	miliare/ tutore di:			
zzano Romano Ilupo zzano	Cognome	No	me		
izano Romano no	Nato/a a	Prov.	il		-
nano Flaminio rofano ıt'Oreste	Residente in]	Prov.	CAP_	
rita Tiberina	Via			n.	
	rapporto di parentela				
		del finanziamento di cui ico bancario e a tal fine ne	all'oggetto	chiede che	e il contributo sia
E LEGALE	Codice IBAN:				
Comune di Formello zza S. Lorenzo, 8 060 Formello RM					
<i>EFONI</i> 90194606-607-608	Dichiara di conoscere pubblico.	ed accettare le modali	ità di eroga	azione pre	eviste dall'avviso
: 06 9089577 IAIL	Data	Firma			
sidente@consorzioval ettore@consorziovallec ministrazione@consor	deltevere.it ziovalledeltevere.it				12



o@pec.consorziovalledeltevere.it

ALLEGATO C

(A CURA DI UN MEDICO DEL SSN)

VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

	Con la p	presente si certif	īca che il/la paziente		***************************************		
	nato/a	a	il		_ e	residente	a
			in via			n	da
	me visita	ato in data	ha ottenut	o una valutazione del I	Livello di	i dipendenza	pari
DICE FISCALE 874100585	a:						
MUNI DI	□ Tota	ale					
Impagnano di Roma Ipena Istelnuovo di Porto	□ Sev	era					
vitella San Paolo ano Romano	□ Mo	derata					
acciano rmello	☐ Lie	ve					
agliano Romano azzano Romano orlupo	☐ Min	nima					
izzano inzano Romano							
ano gnano Flaminio crofano	Per la valutazione di cui sopra potrà essere utilizzata la scheda Barthel Index Modificato, di						
.nt'Oreste rrita Tiberina	seguito allegata, o qualsivoglia altra scala di valutazione ritenuta idonea per l'individuazione del						
	paramet	ro.					
	Si rilasc	ia su richiesta de	ell'interessato e per gli u	usi consentiti dalla legg	ŗe.		
		,il_					
				(Timbro e firm	a del med	dico certifica	tore)
DE LEGALE Comune di Formello ZZA S. Lorenzo, 8 O60 Formello RM							
<i>LEFONI</i> 90194606-607-608 x 06 9089577							
WAIL esidente@consorzioval ettore@consorziovalle nministrazione@consor iciodipiano@consorzio	deltevere.it ziovalledel	tevere.it					13

PALLE del TEVERE

ONSORZIO
TERCOMUNALE
EI SERVIZI E
TERVENTI SOCIALI

*DICE FISCALE 874100585

MUNI DI ımpagnano di Roma ıpena istelnuovo di Porto vitella San Paolo ano Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano orlupo ızzano nzano Romano ano gnano Flaminio crofano .nt'Oreste rrita Tiberina

DE LEGALE
) Comune di Formello
12za S. Lorenzo, 8
060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 x 06 9089577

WAIL

Barthel Index Modificato (BIM)

Alimentazione	BIM
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo	10
(tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.) Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è	8
di una persona.	
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
giene Personale	BIM
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0
Farsi il bagno o la doccia	BIM
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatura completa, completamente	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi. Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	3 1
Totalmente dipendente nel lavarsi.	0
Abbigliamento	BIM
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, una protesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	0
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	
Trasferimenti carrozzina/letto	BIM
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalati.	0
Uso del W.C.	BIM
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda,	<u>8</u> 5
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani. Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmente dipendente.	0
Continenza urinaria	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2 0
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora. Continenza intestinale	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri. Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	$\frac{10}{8}$
Frequenti episodi di incontinenza, Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi.	5



ONSORZIO TERCOMUNALE EI SERVIZI E TERVENTI SOCIALI

DICE FISCALE 874100585

MUNI DI ımpagnano di Roma ıpena istelnuovo di Porto vitella San Paolo ano Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano orlupo ızzano nzano Romano one gnano Flaminio crofano .nt'Oreste rrita Tiberina

nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
Deambulazione	BIM
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. senza aiuto o supervisore.	15
ndipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di upervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	8
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0
Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina).	BIM
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al avolo, letto, wc ecc.).	5
L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le	1
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
Scale	BIM
' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto nè supervisione. Se ecessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10
eneralente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di gidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0
TOTALE	***************************************

Categorie	Punteggi totali Indice di Barthel Modificato	Livello di dipendenza
1	0-24	Totale
2	25-49	Severa
3	50-74	Moderata
4	75-90	Lieve
5	91-99	Minima

DE LEGALE
) Comune di Formello
azza S. Lorenzo, 8
060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 × 06 9089577

VIAIL



NOTA ESPLICATIVA DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE

Per una corretta compilazione della scheda – progetto, relativamente alla valutazione del grado di autonomia si precisa quanto segue:

• DISABIITÁ INTELLETTIVA GRAVE E DISABILITÁ MOTORIA GRAVE

La disabilità intellettiva e motoria grave, ove non risultino esplicitamente dalla certificazione rilasciata ai sensi della L.104/92, per poter essere valutato, devono essere attestati da medico specialista, appartenente a struttura pubblica o accreditata. Nel caso di disabilità intellettiva deve accertare la capacità di comprensione e di espressione, la capacità di soluzione dei problemi della vita quotidiana, il rapporto con gli altri nonché la memoria. Nel caso di disabilità motoria deve accertare la capacità di deambulare, la capacità di stare seduto, la motricità del capo, la motricità delle braccia, delle mani, la motricità dei muscoli.

La valutazione dovrà essere riassunta in un giudizio sintetico di gravità.

Solo nel caso in cui sussistano evidenti e comprovate difficoltà oggettive a rivolgersi ad un medico specialista e in assenza di Servizio Disabili Adulti della ASL il responsabile del procedimento può consentire che la predetta certificazione venga rilasciata dal medico di base dell'utente.

Il certificato da cui risulti il deficit intellettivo e/o motorio grave deve essere allegato alla domanda di ammissione al beneficio.

DICE FISCALE 874100585

MUNI DI impagnano di Roma ipena istelnuovo di Porto vitella San Paolo ino Romano acciano rmello agliano Romano azzano Romano orlupo ızzano nzano Romano gnano Flaminio .crofano nt'Oreste rrita Tiberina

DE LEGALE

Comune di Formello

zza S. Lorenzo, 8

060 Formello RM

LEFONI 90194606-607-608 × 06 9089577



impagnano di Roma

ıstelnuovo di Porto vitella San Paolo

874100585

ano Romano acciano

agliano Romano

azzano Romano

nzano Romano

anano Flaminio crofano nt'Oreste rrita Tiberina

DE LEGALE

LEFONI

WAIL

o Comune di Formello azza S. Lorenzo, 8 060 Formello RM

90194606-607-608 x 06 9089577

ettore@consorziovalledeltevere.it

nministrazione@consorziovalledeltevere.it iciodipiano@consorziovalledeltevere.it o@pec.consorziovalledeltevere.it

MUNI DI

tpena

rmello

orlupo 177ano

ano

Allegato D

(da presentare all'Ufficio di Piano, a seguito del finanziamento, con cadenza mensile)

Alla cortese attenzione Dell'Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere" Dott.ssa Simonetta De Mattia c.a.

c/o Comune di Formello Piazza San Lorenzo, 8 00060 Formello (Rm) ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it

17

Oggetto: Finanziamenti di progetti personalizzati di intervento, finalizzati al sostegno in favore di persone non autosufficienti (L. R. 20/06) - Piani per le autonomie - beneficiario: Il/La sottoscritto/ain qualità di beneficiario/tutore/genitore di richiede il rimborso mensile delle spese sostenute per gli interventi di assistenza indiretta relativi al mese di di cui si rendiconta quanto segue: mese Fattura n. del. Busta paga a favore di Ore effettuate Spesa € A tal fine si allega copia della fattura/busta paga relativa al servizio erogato e la copia del bonifico bancario effettuato a favore di persona fisica o ente assistenziale che eroga il servizio. Restando in attesa del pagamento della somma, porge distinti saluti. Il richiedente Luogo e data..... esidente@consorziovalledeltevere.it

