

**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## AVVISO PUBBLICO

### CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI PER PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATI IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITÀ GRAVE - L.R. 20/2006.

**SCADENZA 12.10.2020**

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 Regionale del 23 novembre 2006, n. 20 concernente “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza”;

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 2020-2021;

**Atteso** che la spesa prevista per la realizzazione degli interventi oggetto del presente avviso è pari ad **€ 210.000,00**;

Vista la Determinazione del Consorzio Valle del Tevere n. 137 del 03.09.2020 di approvazione del presente Avviso Pubblico;

Dato atto che i criteri di valutazione per la concessione di finanziamenti sono stati oggetto di condivisione tra i servizi sociali territoriali.

### SI RENDE NOTO

Sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di finanziamenti per programmi di assistenza domiciliare, da gestire in forma indiretta, a favore di persone disabili gravi, non autosufficienti, ai sensi della L.104/92, art. 3 comma 3, residenti nel territorio del Consorzio Valle del Tevere.

Saranno finanziati **n.35** Piani di Assistenza, per un **importo mensile massimo di € 500,00** (cinquecento/00) **cadauno**, per un totale di n. 12 mesi.

Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:

**CODICE FISCALE**

07874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant’Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

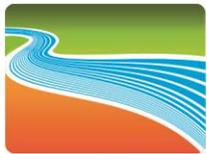
Consorzio Valle del Tevere  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## Destinatari

Possono presentare domanda di partecipazione **i cittadini residenti in uno dei Comuni afferenti il Consorzio Valle del Tevere** e/o i loro familiari che, al momento della pubblicazione del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti:

- avere un'età compresa tra 0-64 anni (requisito non richiesto per i malati affetti da SLA);
- essere in possesso di certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3 e/o essere in possesso di una diagnosi di SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) per cui la misurazione della compromissione funzionale non sia compatibile con i parametri riconducibili alla disabilità gravissima (D.M. 26/09/2016 – art. 3, co.2, lettere da a) ad i);
- essere in possesso del certificato di invalidità civile al 100%.

**N.B. Non potranno presentare domanda di concessione di finanziamento per gli interventi di cui al presente Avviso gli utenti affetti da Alzheimer, per i quali sono previste diverse azioni di sostegno.**

**N.B. Gli utenti in possesso dei requisiti di cui sopra che abbiano un'età compresa tra gli 0-35 anni, 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 L.R.20/2006 – Piani per le Autonomie, pena esclusione di entrambe le domande.**

**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.**

### Finalità dell'intervento e piani ammessi al finanziamento

Saranno finanziati, ai sensi della L.R. 20/2006, interventi che avranno come finalità il sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale **in forma indiretta** (anche della durata di 24 h e nei giorni festivi), **da definire** mediante l'attivazione di Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.).

Prestazioni ammissibili al finanziamento:

**Assistenza domiciliare nelle 24 ore** (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente);

**Socializzazione e integrazione** (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento).

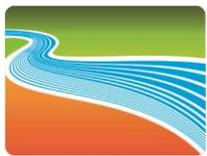
Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:  
07874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
Ente: 06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:  
Data: 14.09.2020 - Ora:  
Tip: B  
Numero: 1776  
Anno: 2020  
Pag: 3/20

**CODICE FISCALE**

07874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

Consorzio Valle del Tevere  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

Ente: 06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Resta inteso che, trattandosi di un servizio di assistenza domiciliare indiretta, **sarà assicurata** la totale libertà di scelta da parte dell'utente o di un suo familiare di stipulare un contratto di lavoro con soggetti privati - nel rispetto della vigente normativa in materia **previdenziale e assicurativa**, o in alternativa un contratto di assistenza con Enti del Terzo Settore e Cooperative Sociali.

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

Il personale impegnato nelle attività, sia esso assunto in forma privata che attraverso un Ente/organismo, dovrà essere in possesso di uno dei seguenti titoli professionali:

- assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST);
- operatori socioassistenziali (OSA);
- operatori tecnici ausiliari (OTA);
- assistenti familiari (DGR 607/2009);
- persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari;
- Operatore Socio-Sanitario (OSS).

**In caso di finanziamento dell'intervento**, l'utente o suo familiare dovrà presentare presso l'Ufficio di Piano del Consorzio, **entro il 31 ottobre 2020**, copia del PAI (All. D del presente Avviso) e del contratto di lavoro o convenzione, pena l'esclusione dalla graduatoria.

I nuovi piani di intervento finanziati dovranno avere inizio a decorrere dal 01/11/2020 e dovranno avere una durata massima di un anno solare (01/11/2020 – 31/10/2021), fatta salva eventuale proroga, che sarà comunicata, dovuta all'elevato numero di domande pervenute.

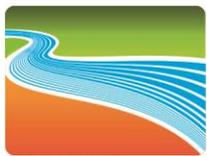
Per i Piani già finanziati nell'annualità 2019/2020 e ammessi nella nuova graduatoria sarà garantita la continuità a decorrere dalla data di scadenza del contratto in essere.

**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 tal 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 delle domande**

La valutazione delle domande sarà effettuata dalla UVMD distrettuale integrata e dagli operatori dei servizi sociali individuati dal Direttore del Consorzio Valle del Tevere tra quelli in forza tra i Comuni consorziati e/o l'Ufficio di Piano.



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**La UVMD valuterà gli elementi sociali e sanitari delle domande pervenute, assegnerà i punteggi e, sulla base di questi, formulerà una graduatoria definitiva.**

In caso di incongruità nella documentazione prodotta o di dubbi nella comprensione di talune circostanze, la UVMD si riserva di procedere alla richiesta di ulteriori accertamenti e/o chiarimenti.

La graduatoria definitiva sarà pubblicata sul sito istituzionale del Consorzio e su quelli dei Comuni consorziati e, da quel momento, i beneficiari degli interventi saranno chiamati a condividere e sottoscrivere i singoli P.A.I con il Servizio Sociale del Comune di residenza.

Saranno finanziati **n. 35** Piani Individualizzati, per un importo annuo totale di massimo **€ 6.000,00** cadauno (per un rimborso massimo di € 500,00 mensili).

In caso di decesso, rinuncia o perdita dei requisiti di uno degli aventi diritto, l'Ufficio di Piano procederà allo scorrimento della graduatoria.

### **Criteria di valutazione e punteggi**

Ogni domanda di accesso al contributo raggiungerà un punteggio per ogni area oggetto di valutazione (i criteri di valutazione sono allegati al presente Avviso – All. F).

**L'attribuzione dei punteggi avverrà sulla scorta delle dichiarazioni rese e della documentazione prodotta.**

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

<b>AREA DI RIFERIMENTO</b>	<b>PUNTEGGIO MASSIMO</b>
Area sanitaria	n. 40 punti
Area del bisogno sociale	n. 50 punti
Area socio-economica	n. 10 punti

### **Parità di punteggio**

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

### **Modalità di liquidazione del finanziamento**

- 1) Entro il 15 del mese successivo al primo bimestre di attivazione del servizio la famiglia dell'utente sarà tenuta a trasmettere al Consorzio il modello di rendicontazione (All E) e le fatture/buste paga **non quietanzate**, relative alle prime due mensilità (es: inizio contratto 01

Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:  
Data: 14.09.2020 - Ora:  
Tip: P  
Numero: 1776  
Anno: 2020  
Pag. 4/20

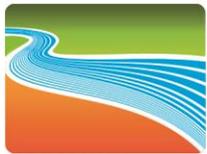
**CODICE FISCALE**  
07874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:  
Data: 14.09.2020 - Ora:  
Tipo: B - Numero: 1776  
Anno: 2020  
Pag. 5/20

**CODICE FISCALE**

07874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrata Tiberina

**SEDE LEGALE**

Consorzio Valle del Tevere  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

gennaio: entro il 15 marzo la famiglia dovrà presentare le fatture/buste paga non quietanzate dei mesi di gennaio e febbraio);

- 2) Il Consorzio, a seguito della suddetta trasmissione, provvederà ad anticipare alla famiglia, le somme relative alle spese da sostenere;
- 3) A decorrere dal secondo bimestre la famiglia, entro il 15 del mese successivo al bimestre di riferimento, dovrà trasmettere il modello di rendicontazione (All E) e le fatture/buste paga non quietanzate, relative alle mensilità di riferimento nonché l'attestazione di avvenuto pagamento delle fatture/buste paga per le quali il Consorzio ha anticipato le spese ( es: entro il 15 maggio la famiglia dovrà presentare le fatture/buste paga del mese di marzo e aprile non quietanzate congiuntamente alla documentazione attestante il pagamento del servizio dei mesi di gennaio e febbraio).
- 4) Per i bimestri successivi saranno seguite le modalità del punto tre.

Qualora la famiglia nella presentazione delle fatture bimestrali non dovesse allegare l'attestazione del pagamento dei bimestri precedenti anticipati dal Consorzio, incorrerà nell'interruzione dell'anticipo delle spese da parte del Consorzio, fatta salva la possibilità per la cooperativa operatore di interrompere il servizio.

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

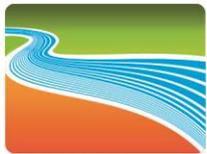
### Termini e presentazione delle domande

Lo schema di domanda e annessa autocertificazione – da rendere ai sensi del D.P.R. n.445/2000 - per la concessione di finanziamenti per i piani **di assistenza individualizzati in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave L.R. n. 20/2016**, sarà a disposizione presso:

- 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;
- Scaricabili sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere [www.consorziovalledeltevere.it](http://www.consorziovalledeltevere.it) e da quelli dei Comuni consorziati.

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 grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Copia verbale d'invalidità civile al 100%;
- Solo per i malati affetti da SLA - Certificazione rilasciata dai Presidi Regionali di riferimento per la SLA (Policlinico Gemelli oppure



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Ospedale S. Filippo Neri, di Roma) che documenti la diagnosi ed il livello di stadiazione della patologia;

- Copia attestazione ISEE in corso di validità, 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);

Il plico, oltre al **nome e all'indirizzo del mittente**, dovrà riportare la dicitura **Non Aprire – Documenti Concessione Finanziamento Per piani assistenziali Individualizzati in favore di persone non Autosufficienti con disabilità Grave – L.R.20/2006 – Consorzio Valle del Tevere.**

A pena di esclusione la domanda dovrà pervenire all'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 12.10.2020** tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Il recapito del plico, potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante agenzie di recapito autorizzate, o tramite PEC all'indirizzo [info@pec.conorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.conorziovalledeltevere.it).

Farà fede la data o l'ora apposte sul plico dall'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano Consorzio Valle del Tevere – Formello - Piazza San Lorenzo, 8 – 00060, tel. 06/90194606-607-608 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.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito.

### Tutela della privacy

I dati di cui il Consorzio entrerà in possesso a seguito del presente avviso saranno trattati nel rispetto delle disposizioni dettate dal D.Lgs. n. 196/2003 e dal D.Lgs n.101/2018 di adeguamento della normativa nazionale al Regolamento U.E. 2016/679, comunque utilizzate esclusivamente per le finalità del presente avviso.

Il titolare del trattamento è il Direttore del Consorzio Valle del Tevere.

### 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.

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

**CODICE FISCALE**

07874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrta Tiberina

**SEDE LEGALE**

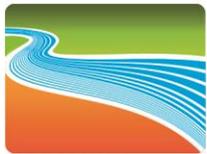
Consorzio Valle del Tevere  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.conorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio  
Valle del Tevere Tel. – 06 90194606 - E-mail  
[direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)

Data, 14.09.2020 prot. n. 1759

**Il Direttore**

*Dott.ssa Simonetta De Mattia*

Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:  
Data: 14.09.2020 - Ora:  
P. n. 1759 - Tipo:  
Numero: 1776  
Anno: 2020  
Pag. 7/20

**CODICE FISCALE**

07874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Riano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrta Tiberina

**SEDE LEGALE**

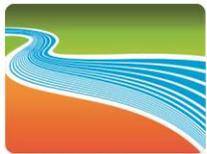
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

Ente: 06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

ALL. A

**Consorzio Valle del Tevere  
c/o Comune di Formello  
P.za S. Lorenzo , 8  
00060 Formello(RM)**

**Domanda per la concessione di finanziamenti per i piani di assistenza individualizzati in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave. - L.R. 20/2006.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

ovvero **in qualità di familiare/tutore di:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente

in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione di finanziamenti per piani di assistenza individualizzati finalizzati ad interventi di sostegno in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave L.R. 20/06 per un importo totale annuo di massimo € **6.000,00 (massimo € 500,00 mensili)**

**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:

benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

Pag. 8/20 - Ente: CONSORZIO INTERCOMUNALE VALLE DEL TEVERE - Anno: 2020 - Numero: 1776 - Tipo: B - Data: 14.09.2020 - Ora: - Comuni di: Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flaminio, Sacrofano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina - Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo: 0

**CODICE FISCALE**

07874100585

**COMUNI DI**

- Campagnano di Roma
- Capena
- Castelnuovo di Porto
- Civitella San Paolo
- Fiano Romano
- Filacciano
- Formello
- Magliano Romano
- Mazzano Romano
- Morlupo
- Nazzano
- Ponzano Romano
- Riano
- Rignano Flaminio
- Sacrofano
- Sant'Oreste
- Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

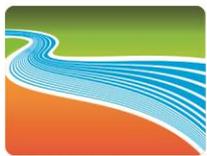
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI

Pag. 9/20 - Ente: CONSORZIO INTERCOMUNALE VALLE DEL TEVERE - Anno: 2020 - Numero: 1776 - Tipo: B - Data: 14.09.2020 - Ora: 0 - Classe: 0 - Fascicolo: 0 - Categoria: 0 - CODICE FISCALE: 07874100585 - COMUNI DI: Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flaminio, Sacrofano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina

- di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio Valle del Tevere;
- di avere un'età compresa tra 0-64 (requisito non richiesto per i malati affetti da SLA);
- di essere o di presentare domanda per conto di portatore di handicap in situazione di particolare gravità, art. 3, comma 3, L. 104/92 e, precisamente avente la seguente diagnosi (come da verbale d'invalidità)
 

---

  - e/o essere in possesso di una diagnosi di SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) per cui la misurazione della compromissione funzionale non sia compatibile con i parametri riconducibili alla disabilità gravissima (D.M. 26 settembre 2016 – Art. 3, comma 2, lettere da a) ad i);
  - di essere o di presentare domanda per conto di possessore d'invalidità civile al 100%;
  - di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con educatori professionali socio-pedagogici o socio-sanitari nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idonea convenzione con Enti di Terzo Settore;
  - di impegnarsi a trasmettere, all'Ufficio di Piano del Consorzio, **entro il 31 ottobre 2020**, copia del PAI e del 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 rispettare le modalità e i termini di rendicontazione esplicitati nell'Avviso pubblico;
  - 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:

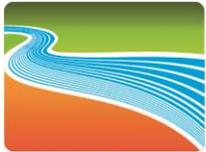
Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità art. 3, comma 3, L. 104/92	Invalità civile 100%	Occupazione lavorativa

**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.**

**SEDE LEGALE**  
 c/o Comune di Formello  
 Piazza S. Lorenzo, 8  
 00060 Formello RM

**TELEFONI**  
 06 90194606-607-608  
 Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
 presidente@consorziovalledeltevere.it  
 direttore@consorziovalledeltevere.it  
 amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
 ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
 info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

- di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sociali:

---



---



---



---

- di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sanitarie:

---



---



---



---

### Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Copia verbale d'invalidità civile al 100%;
- Copia attestazione ISEE in corso di validità, ai sensi dalla vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Certificazione rilasciata dai Presidi Regionali di riferimento per la SLA (Policlinico Gemelli oppure Ospedale S. Filippo Neri, di Roma) che documenti la diagnosi e la stadiazione della patologia (solo per i malati affetti da SLA);
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, da compilarli a cura del medico di base dell'utente (All C);

*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 \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### CODICE FISCALE

7874100585

#### COMUNI DI

Campagnano di Roma  
 Capena  
 Castelnuovo di Porto  
 Civitella San Paolo  
 Fiano Romano  
 Filacciano  
 Formello  
 Magliano Romano  
 Mazzano Romano  
 Morlupo  
 Nazzano  
 Ponzano Romano  
 Riano  
 Rignano Flaminio  
 Sacrofano  
 Sant'Oreste  
 Torrita Tiberina

#### SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello  
 Piazza S. Lorenzo, 8  
 00060 Formello RM

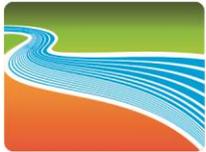
#### TELEFONI

06 90194606-607-608  
 Fax 06 9089577

#### E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it  
 direttore@consorziovalledeltevere.it  
 amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
 ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
 info@pec.consorziovalledeltevere.it

Pag. 10/20 - Ente: CONSORZIO INTERCOMUNALE VALLE DEL TEVERE - Anno: 2020 - Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo: 0



VALLE del TEVERE

CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI

ALL. B

Consorzio Valle del Tevere
c/o Comune di Formello
P.za S. Lorenzo , 8
00060 Formello(RM)

OGGETTO: Finanziamenti di piani di assistenza individualizzati finalizzati ad interventi di sostegno in favore di persone non autosufficienti - L.R. 20/06 - Comunicazione estremi bancari.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

ovvero in qualità di familiare/ tutore di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

in caso di concessione del finanziamento di cui all'oggetto chiede che il contributo sia erogato mediante bonifico bancario e a tal fine ne comunica gli estremi:

Banca: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

IBAN box

Dichiara di conoscere ed accettare le modalità di erogazione previste dall'avviso pubblico.

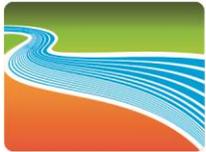
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

0 - Fascicolo: 0 - Classe: 0 - Categoria: 0 - CODICE FISCALE 7874100585 - COMUNI DI Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Piana, Rignano Flaminio, Sacrofano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina

SEDE LEGALE
c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI
06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL
presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**ALL. C**

(A CURA DI UN MEDICO DEL SSN)

**VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Con la presente si certifica che il/la  
paziente \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_

ha ottenuto una valutazione del Livello di dipendenza pari a:

- Totale
- Severa
- Moderata
- Lieve
- Minima

Per la valutazione di cui sopra potrà essere utilizzata la scheda Barthel Index Modificato, di seguito allegata, o qualsivoglia altra scala di valutazione ritenuta idonea per l'individuazione del parametro.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico certificatore)

**CODICE FISCALE**  
7874100585

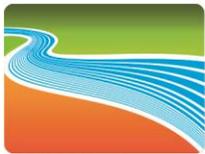
**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Fiacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Piano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**  
P.o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
- Ente: 06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Pag. 12/20 - Anno: 2020 - Numero: 1776 - Tipo: P - Data: 14/09/2020 - Ora: 0 - Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo: 0



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI

## Barthel Index Modificato (BIM)

Alimentazione	BIM
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. di una persona.	8
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
Igiene 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	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmentedipendente.	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	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmentedipendentenellavarsi.	0
Abbigliamento	BIM
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le unaprotesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
Trasferimenticarrozzina/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 sollevamalat.	0
Uso del W.C.	BIM
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarli i vestiti senza sporcarsi, usare la carta 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	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmentedipendente.	0
Continenzaurinaria	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari	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	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
Continenza intestinale	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i	10
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmenteincontinente.	0

CODICE FISCALE  
7874100585

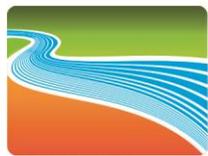
COMUNI DI  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Piano  
Rignano Flaminio  
Scrofanone  
Tant'Oreste  
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE  
/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

TELEFONI  
06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

E-MAIL  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Pag. 13/20 - Ente: CONSORZIO INTERCOMUNALE VALLE DEL TEVERE - Anno: 2020 - Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**  
7874100585

**COMUNI DI**  
Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Piano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

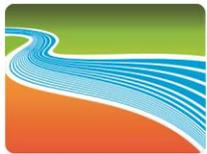
**SEDE LEGALE**  
Via del Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**  
- Ente: 06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**  
presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

<b>Deambulazione</b>	<b>BIM</b>
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.	<b>15</b>
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	<b>8</b>
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	<b>5</b>
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	<b>2</b>
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	<b>0</b>
<b>Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina).</b>	<b>BIM</b>
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.).	<b>5</b>
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.	<b>4</b>
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	<b>3</b>
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre	<b>1</b>
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	<b>0</b>
<b>Scale</b>	<b>BIM</b>
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto nè supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	<b>10</b>
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	<b>8</b>
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	<b>5</b>
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	<b>2</b>
Incapace di salire e scendere le scale.	<b>0</b>
<b>TOTALE</b>	

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



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

## NOTA ESPLICATIVA DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE

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

### DISABILITÀ INTELLETTIVA GRAVE E DISABILITÀ 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.

#### **CODICE FISCALE**

7874100585

#### **COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Piano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

#### **SEDE LEGALE**

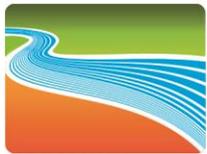
Sp/so Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

#### **TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

#### **E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

**ALL. D (da compilare a cura dell'Assistente Sociale territorialmente competente a seguito dell'eventuale inserimento in graduatoria dell'utente)**

**PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO E BUDGET DI SALUTE**

Art. 9 della L.R. 11 del 2016

*Il Progetto individuale è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale della persona con disabilità grave realizzata in raccordo tra l'équipe pluriprofessionale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale UVMD e gli operatori degli Ambiti territoriali/Comuni.*

**Il progetto individualizzato di \_\_\_\_\_ prevede:**

1. **Obiettivo:** Assistenza domiciliare nelle 24 ore, al fine di favorire la permanenza a domicilio dell'utente; attività di socializzazione e integrazione al fine di favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento.

➤ **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**

➤ **Composizione del nucleo familiare d'origine:**

Nominativo	Grado di parentela	Residenza

➤ **Diagnosi:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ **Interventi sanitari, sociosanitari e sociali attivi**

ADI Comunale (ore settimanali n°.....)       L. 20 anno 19/20(ore settimanali n°.....)

Assistente Familiare/Badante Privato       CENTRO DIURNO

Disabilità GRAVISSIMA:

Assegno di cura (ore settimanali n° .....)

Contributo di Cura

Altri contributi consortili:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE**

7874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Piano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

Sp/lo Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

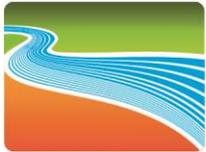
**TELEFONI**

Ente: 06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

Pag. 16/20 - Ente: CONSORZIO INTERCOMUNALE VALLE DEL TEVERE - Anno: 2020 - Numero: 1776 - Tipo: P - Data: 14/09/2020 - Ora: 11:09 - Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI

**CODICE FISCALE**

7874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Fiacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Piano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

Sp/lo Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

Ente: 06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

➤ **Quali figure professionali seguono l'utente?**

---

---

---

➤ **Autonomie personali**

---

---

---

---

---

---

---

➤ **Aspettative Personali e della famiglia**

---

---

---

---

---

➤ **Sintesi bisogni rilevati**

---

---

---

---

---

---

---

---

➤ **Obiettivi Del Progetto Individualizzato**

---

---

---

---

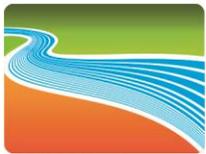
---

---

---

➤ **Interventi da attivare e tempistiche:**

L'intervento avrà la durata di 12 mesi dal momento della sottoscrizione del contratto, di cui il presente PAI rappresenta parte integrante, sia esso in forma privata che attraverso Enti di Terzo Settore.



**VALLE del  
TEVERE**

CONSORZIO  
INTERCOMUNALE  
DEI SERVIZI E  
INTERVENTI SOCIALI

Categoria: 0 - Classe: 0 - Fascicolo:

**CODICE FISCALE**

7874100585

**COMUNI DI**

Campagnano di Roma  
Capena  
Castelnuovo di Porto  
Civitella San Paolo  
Fiano Romano  
Filacciano  
Formello  
Magliano Romano  
Mazzano Romano  
Morlupo  
Nazzano  
Ponzano Romano  
Piano  
Rignano Flaminio  
Sacrofano  
Sant'Oreste  
Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

Consorzio Valle del Tevere  
c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

➤ **Figura professionale assegnata per l'intervento:**

Operatore socio-assistenziale

➤ **Eventuali note aggiuntive:**

---



---



---



---

➤ **Budget Di Salute**

Risorse economiche a disposizione dell'utente	Importo mensile	Importo annuale
Pensione d'invalidità		
Indennità di accompagnamento/ Indennità di frequenza		
<b>Risorse economiche previste per l'intervento</b>	€ 500,00	€ 6.000,00
<b>TOTALE</b>		

Data attivazione interventi \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

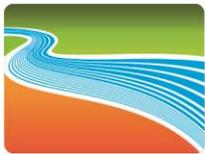
Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma Persona disabile** \_\_\_\_\_

**oppure tutore/curatore/amministratore di sostegno/familiare** \_\_\_\_\_

**Firma Assistente Sociale - Case Manager** \_\_\_\_\_



**VALLE del TEVERE**

CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI E INTERVENTI SOCIALI

**All. E – Modello di rendicontazione**

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

Ufficio di Piano del Consorzio “Valle del Tevere”  
c.a. Dott.ssa Simonetta De Mattia  
c/o Comune di Formello Piazza San Lorenzo, 8  
00060 Formello (Rm)  
[amministrazione@consorziovalledeltevere.it](mailto:amministrazione@consorziovalledeltevere.it)

**Oggetto: Finanziamenti di Piani di assistenza individualizzati, finalizzati ad interventi di sostegno in favore di persone non autosufficienti (L. R. 20/06) - beneficiario:** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a .....in qualità di beneficiario/tutore/genitore di .....richiede l’anticipo delle spese da sostenere per gli interventi di assistenza indiretta relativi al bimestre ..... di cui si rendiconta quanto segue:

mese	Fattura n. del..	Busta paga a favore di	Ore effettuate	Spesa €

A tal fine si allega quanto indicato nelle modalità di liquidazione del finanziamento descritte nell’Avviso pubblico.

Distinti saluti.

Luogo e data.....

Il richiedente

.....

**CODICE FISCALE**

7874100585

**COMUNI DI**

- Campagnano di Roma
- Capena
- Castelnuovo di Porto
- Civitella San Paolo
- Fiano Romano
- Filacciano
- Formello
- Magliano Romano
- Mazzano Romano
- Morlupo
- Nazzano
- Ponzano Romano
- Piano
- Rignano Flaminio
- Sacrofano
- San’Oreste
- Torrita Tiberina

**SEDE LEGALE**

c/o Comune di Formello  
Piazza S. Lorenzo, 8  
00060 Formello RM

**TELEFONI**

Ente: 06 90194606-607-608  
Fax 06 9089577

**E-MAIL**

presidente@consorziovalledeltevere.it  
direttore@consorziovalledeltevere.it  
amministrazione@consorziovalledeltevere.it  
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it  
info@pec.consorziovalledeltevere.it

0 - Fascicolo: 0 - Classe: 0 - Categoria: 0 - Ora: 0 - Anno: 2020 - Data: 14/09/2020 - Tipo: P - Numero: 1776 - Anno: 2020 - Ente: CONSORZIO INTERCOMUNALE VALLE DEL TEVERE

## All. F – Criteri di valutazione

**N.B.: LA PRESENTE SCHEDA SARA' REDATTA ESCLUSIVAMENTE DALL'U.V.M.D. IN SEDE DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE**

	<b>TABELLA CRITERI DI VALUTAZIONE – L.R. 20/06</b>	<b>PUNTI</b>	<b>Punteggio massimo</b>	<b>TOTALE</b>
<b>1)</b>	<b>Situazione sanitaria</b> (pt. Max 40) <u>Grado di dipendenza:</u> dipendenza totale <b>40</b> ; dipendenza severa <b>30</b> ; dipendenza moderata <b>24</b> ; dipendenza lieve <b>18</b> ; dipendenza minima <b>12</b> .		<b>40</b>	
<b>2)</b>	<b>Situazione sociale</b> (pt. Max 50): condizione familiare e situazione socio-relazionale del nucleo familiare della persona con disabilità:			
2.1)	<u>Composizione del nucleo familiare :</u> vive solo <b>10</b> ; nucleo di due persone <b>6</b> ; nucleo di tre persone <b>4</b> ; nucleo di quattro persone <b>2</b> ; nucleo di cinque persone <b>1</b> ; nucleo di sei persone e oltre <b>0</b> .	10	<b>50</b>	
2.2)	<u>Situazione familiare della persona con disabilità:</u> presenza di altre persone con disabilità <b>15</b> ; genitori anziani (ultrasessantenni) o minori anche contemporaneamente <b>10</b> ; altri parenti anziani o minori conviventi <b>4</b> ; assenza di persone con disabilità anziani e minori <b>0</b> .	15		
2.3)	<u>Situazione lavorativa del nucleo familiare:</u> nessun componente svolge attività lavorativa <b>2</b> ; almeno un componente svolge attività lavorativa <b>5</b> ; più di un componente svolge attività lavorativa <b>10</b> .	10		
2.4)	<u>Attività e/o prestazioni socio-sanitarie godute dalla persona con disabilità:</u> non seguito da nessun servizio <b>15</b> ; già seguito da servizi sociali territoriali <b>2</b> ; già seguito da servizi del Piano Sociale di zona <b>2</b> ; già seguito da altri servizi socio-sanitari <b>2</b> ;	15		
<b>3)</b>	<b>Condizione economica ISEE socio-sanitario (max. 10)</b>			
	€ 0.00 - € 9.000,00	10		
	€ 9.000,01 - € 12.000,00	6		
	€ 12.000,01 - € 18.000,00	4		
	oltre € 18.000,01	0		
	<b>TOTALE PUNTI</b>		<b>100</b>	