

Via Torricella N° 5
83047 L I O N I (AV)



SI INFORMA CHE

**NELL'AMBITO DEL PROGETTO "VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON DISABILITA'"
A CURA
DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

E' POSSIBILE PRESENTARE RICHIESTA PER USUFRUIRE DI UN ASSISTENTE PERSONALE.



I DESTINATARI DEL PROGETTO : PERSONE CON DISABILITA' DI ETA' COMPRESA TRA I 18 E I 65 ANNI, IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE N. 104/92

PER ACCEDERE AL SERVIZIO E' POSSIBILE PRESENTARE LA DOMANDA PRESSO IL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI "ALTA IRPINIA" SITO IN VIA TORRICELLA N 5 - LIONI - tel 0827. 42992. o via E- mail info@consorzioaltairpinia.it - oppure tramite pec:

protocollo@pec.consorzioaltairpinia.it , ENTRO LE ORE 12.00 DEL GIORNO 21 FEBBRAIO 2022

I BENEFICIARI DEL SERVIZIO VERRANNO INDIVIDUATI SULLA SCORTA DEI CRITERI RIPORTATI NELL'AVVISO PUBBLICO -MACRO AREA ASSISTENZA PERSONALE- APPROVATO CON DETERMINA N.62 (R.G) del 01/02/2022

PER EVENTUALI CHIARIMENTI E' POSSIBILE CONTATTARE LA REFERENTE DELL'AREA D.SSA MARCELLA ZUCCARDI AL N. DI TEL 0827.42992 O L'ASSISTENTE SOCIALE DEI COMUNI AFFERENTI AL CONSORZIO .

Il Presidente

La Direttrice

Consorzio dei Servizi Sociali



**CONSORZIO DEI SERVIZI
SOCIALI
"ALTA IRPINIA"**



Via Torricella N° 5

83047 L I O N I (AV)

f.to Stefano FARINA

f.to Donata CHIEFFO

**AVVISO PUBBLICO
PROGETTO VITA INDIPENDENTE**

**SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E
INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ ANNO 2018**

SI RENDE NOTO

Che il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha finanziato con Decreto n.669 DEL 28/12/2018, per il tramite della Regione Campania, il progetto sperimentale in materia di Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità anno 2018 presentato dal Consorzio dei Servizi Sociali "Alta Irpinia" A3 Lioni (Av).

Il concetto di Vita indipendente rappresenta, per le persone con disabilità, la possibilità di vivere la propria vita come qualunque altra persona, prendendo decisioni riguardanti le proprie scelte.

Tale intervento si sostanzia nel riconoscimento di un contributo economico a sostegno delle spese per assistenti personali autogestiti scelti dalla persona con disabilità, **la quale propone e gestisce un piano personalizzato di assistenza.**

Vita Indipendente è infatti il diritto all'autodeterminazione della propria esistenza per affrontare e controllare, in prima persona, senza scelte e decisioni altrui, il proprio vivere quotidiano.

Con il presente avviso si intende dare pubblicità e massima diffusione all'iniziativa al fine di consentire a tutti gli interessati, in possesso dei requisiti di seguito descritti, di aderire e partecipare.

Art 1 : ATTIVITA' FINANZIABILI

Il Progetto prevede il riconoscimento alle persone con disabilità di un contributo economico a sostegno delle spese per l'assistente personale.

In particolare, il contributo economico è finalizzato alla copertura dei costi totale o parziale delle spese destinate dal contratto di lavoro che dovrà essere sottoscritto dal beneficiario o dal suo rappresentante legale che assumerà l'assistente personale e, pertanto, il ruolo di datore di lavoro con tutti i diritti ed i doveri che ne

conseguono. Gli interventi di aiuto sono finalizzati alla cura della persona, alla mobilità, al tempo libero, all'aiuto domestico: sono tutte azioni o interventi che il beneficiario sceglie perché ritiene importanti per il proprio progetto di Vita Indipendente, cioè per facilitare e permettere la propria indipendenza, l'autodeterminazione e la possibilità di inclusione nel contesto lavorativo, formativo e/o sociale.

Art 2. GLI ASSISTENTI PERSONALI

Gli assistenti personali saranno individuati ed assunti con contratto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti, direttamente dalla persona con disabilità che richiede il contributo previsto. E' a carico della persona richiedente ogni onere assicurativo e/o previdenziale riguardante gli/le assistenti impiegati/e. Nessun rapporto intercorrerà tra il Consorzio Alta Irpinia A3 e gli Assistenti personali. Il Consorzio è sollevato da qualsiasi onere e responsabilità sia relativamente all'osservanza delle disposizioni di legge e regolamenti, sia per qualunque azione e/o omissione da parte degli assistenti personali nei confronti della persona con disabilità o di terzi che possono determinare responsabilità civili e penali. Fra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio, di parentela o affinità entro il secondo grado (linea diretta e collaterale).

Art 3. PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Il richiedente **costruisce il proprio progetto personalizzato di Vita Indipendente così come è previsto nel Modello B, allegato al presente avviso.**

Il progetto rispecchia le esigenze e le condizioni di vita della persona.

Il progetto personalizzato di vita indipendente presentato, dovrà essere finalizzato ad almeno uno dei seguenti obiettivi:

- sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive;
- accompagnamento per attività associative o di volontariato
- sostegno al ruolo genitoriale;
- percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- altro.

Art 4. CONTRIBUTO ECONOMICO PER ASSISTENTE PERSONALE

Il Progetto prevede un contributo economico in favore dell'utente beneficiario del servizio. Il contributo economico sarà determinato dal Consorzio sulla base dei progetti e delle risorse economiche a disposizione.

Il contributo economico deve essere utilizzato esclusivamente per la realizzazione ed attuazione del progetto e non può essere utilizzato in maniera diversa dal beneficiario e/o dal suo rappresentante legale. E' fatto altresì divieto di utilizzare il contributo economico per pagare la quota di compartecipazione su prestazioni sanitarie o prestazioni socio-sanitarie (LEA).

La persona con disabilità sceglie e assume direttamente, con regolari rapporti di lavoro, il proprio assistente personale, ne concorda direttamente mansioni e orari e rende conto obbligatoriamente ogni due mesi la spesa sostenuta al Consorzio. L'ente, attraverso l'associazione a cui ha affidato le azioni di sistema, potrà garantire supporto operativo per il perfezionamento del rapporto di lavoro.

Art 5. CHI PUO' PARTECIPARE

Possono presentare domanda di partecipazione esclusivamente i cittadini adulti con disabilità, capaci di esprimere direttamente, o attraverso un amministratore di sostegno la propria volontà e in possesso dei seguenti requisiti:

- età (18-65 anni) in possesso del certificato ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- condizione di disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- residenza in uno dei Comuni associati dell'Ambito A3;
- di non beneficiare di altri contributi pubblici (Home care premium 2020, assegno di cura, progetti dopo di noi ecc).

Art 6. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

I cittadini in possesso dei suddetti requisiti devono presentare una istanza di partecipazione compilando il **modello A, allegato al presente Avviso**, corredato dalla seguente documentazione:

- documento di riconoscimento del richiedente;
- codice Fiscale
- certificazione medica attestante la disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92;
- certificato ISEE del nucleo familiare o ristretto;
- eventuale copia del Decreto di nomina del Tutore o Amministratore di sostegno/ curatore con documento di identità e codice fiscale;



**CONSORZIO DEI SERVIZI
SOCIALI
"ALTA IRPINIA"**

Via Torricella N° 5
83047 L I O N I (AV)



Si precisa, inoltre, che alla domanda di partecipazione **va allegato obbligatoriamente** il progetto di Vita Indipendente – redatto sul modello allegato B)

Le dichiarazioni devono essere rese ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

La suddetta domanda, debitamente firmata, completa degli allegati, dovrà essere inserita in una busta chiusa e sigillata, indirizzata al: "Consorzio dei Servizi Sociali Alta Irpinia" Via Torricella n. 5, 83047 Lioni, recante la seguente dicitura **"Avviso pubblico per la sperimentazione del modello di intervento in materia di Vita Indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità" anno 2018.**

Il plico dovrà essere presentato entro e non oltre le ore 12:00 del giorno 21 Febbraio 2022, secondo le seguenti modalità:

- spedita a mezzo di raccomandata al seguente indirizzo :Consorzio dei Servizi Sociali " Alta Irpinia " Via Torricella n.5, 83047 Lioni; (Non fa fede il timbro e la data apposta dall'ufficio postale accettante, pertanto non saranno accolte domande pervenute oltre tale termine, anche se recanti il timbro postale di spedizione antecedente)
- tramite posta elettronica certificata pec all'indirizzo: protocollo@pec.conorzioaltairpinia.it (la domanda e gli allegati dovranno essere trasmessi in un unico formato PDF),
- consegnata a mano presso la segreteria del Consorzio dei Servizi Sociali rispettando le prescrizioni dettate ai fini del contenimento del contagio da Covid 19;

Si precisa, inoltre, che le dichiarazioni non spuntate o barrate si intendono come non rese.

Eventuali domande pervenute dopo la scadenza prevista da tale avviso , oppure prodotte su modello differente da quello allegato saranno considerate non valide.

Art 7. ITER DI ACCESSO AL BENEFICIO

Le domande pervenute e il possesso dei requisiti verranno verificate dal Consorzio dei Servizi Sociali mediante un' apposita commissione istruttoria nominata dall'ente.

La commissione Istruttoria oltre alla verifica delle domande valuterà i progetti di vita indipendenti attribuendo i punteggi in base ai criteri qui di seguito elencati :

1. Eta' anagrafica: punteggio massimo 40 punti, assegnanti come di seguito:

ETA'	PUNTEGGIO
18-24	40
25-29	36



**CONSORZIO DEI SERVIZI
SOCIALI
"ALTA IRPINIA"**

Via Torricella N° 5

83047 L I O N I (AV)



30-34	32
35-39	28
40-44	24
45-49	20
50-54	16
55-59	12
60-65	8

2. Motivazioni espresse nel progetto presentato

Si terrà conto nella valutazione dei progetti dei criteri di seguito riportati:

La commissione assegnerà un punteggio da 0 a 10 facendo riferimento alle motivazioni espresse nel progetto, alla reale fattibilità degli interventi previsti, misurando gli stessi secondo la seguente scala di giudizio:

eccellente	punteggio 10
ottimo	punteggio 9
distinto	punteggio 8
buono	punteggio 7
discreto	punteggio 6
sufficiente	punteggio 5
mediocre	punteggio 4
limitato	punteggio 3
molto limitato	punteggio 2
inadeguato	punteggio 0

3. Composizioni nucleo familiare:

vive solo e rete familiare assente	punteggio 10
vive solo ma con rete familiare	punteggio 8
presenza di altri soggetti con disabilità e/o minori nel nucleo familiare	punteggio 6
presenza di un solo genitore	punteggio 3
nessuna delle condizioni precedenti	punteggio 0

4. Condizione abitativa

abitazione in contesti che non favoriscono gli spostamenti (zona rurale)	punteggio 5
abitazione in contesti che favoriscono gli spostamenti	punteggio 3

spostamenti(zona urbana)	
---------------------------	--

5. Valore ISEE

La commissione assegnerà un punteggio da 0 a 5.

ISEE pari a 0,00	punteggio 5
ISEE pari a 0,01 a 4.000,00	punteggio 4
ISEE pari a 4.001,00 a 8.000,00	punteggio 3
ISEE pari a 8.001,00 a 10.000,00	punteggio 2
ISEE pari 10.001,00 a 15.000,00	punteggio 1
ISEE superiore a 15.001,00	punteggio 0

Inoltre, qualora il richiedente, in riferimento ad avvisi pubblici dello stesso ambito di intervento non abbia rispettato le regole e/o le tempistiche stabilite dal contratto sottoscritto tra l'ente e il beneficiario, verranno decurtati dal punteggio risultante all'applicazione dei criteri sopra indicati n.10 punti .

Le persone con disabilità saranno collocate, dalla Commissione istruttoria in un elenco ordinato in base al punteggio raggiunto, per cui in presenza di un punteggio più elevato corrisponderà un più alto posto nell'elenco.

Verranno finanziati i progetti per i quali sussiste la copertura finanziaria nell'ambito del progetto di Vita Indipendente anno 2018.

I progetti di Vita Indipendenti hanno una durata di presuntivi 10 mesi salvo diversa valutazione che l'Ambito si riserva di effettuare in relazione al numero di richiedenti idonei ed alle risorse disponibili. La durata in ogni caso non potrà essere inferiore a mesi 6.

Sulla durata minima e massima dei mesi di fruizione del beneficio economico per l'assunzione dell'assistente personale potrà incidere quanto sarà determinato, in corso di attuazione, dalla Regione Campania e/o dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali che potranno fissare un termine ultimo di attuazione delle attività del progetto del Consorzio.

Il beneficiario è tenuto alla rendicontazione del contributo attraverso: copia del contratto di lavoro, busta paga, pagamento tracciabile dello stipendio, ricevuta del versamento dei contributi previdenziali, altra documentazione ritenuta utile per il Consorzio.

Coloro che partecipano al presente avviso sono edotti che il finanziamento accordato dal Ministero al progetto non è stato ancora interamente liquidato e pertanto è possibile che si registreranno ritardi nella liquidazione del contributo ai beneficiari.

In mancanza di erogazione del finanziamento da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e/o della Regione Campania non si procederà all'avvio dei progetti di Vita Indipendente.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti nonché per assistenza nella compilazione della richiesta è possibile rivolgersi al Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza.

Art. 8 DECADENZA DEL BENEFICIO

E' motivo di decadenza dal progetto :

- la mancata attivazione del contratto di lavoro per l'assistente personale , entro 3 mesi dalla comunicazione dell'avvenuta approvazione del progetto ,
- mancato rispetto degli obblighi contrattuali nei riguardi dell'assistente personale
- la mancata trasmissione dei documenti e delle rendicontazione richiesta dall'ente ;
- ogni altra eventuale inadempienza agli obblighi assunti con la sottoscrizione del progetto;
- l'inserimento temporaneo in struttura residenziale riabilitativa, socio sanitaria o ospedaliera per il periodo di permanenza.

Qualora nel periodo intercorrente tra l'avvio e il termine di conclusione del progetto intervenga la perdita dei requisiti , il destinatario del contributo dovrà darne comunicazione scritta al Consorzio dei Servizi Sociali che assumerà le determinazioni di competenza .

La persona può richiedere la cessazione del progetto e del contributo, attraverso formale rinuncia indirizzata al : Consorzio dei Servizi Sociali "Alta Irpinia" Via Torricella n. 5 Lioni.

ART 9- PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Nel rispetto di quanto previsto dalla normativa posta a tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Reg.UE 2016/679 (GDPR) e al D.Lgs n.196/2003 e s.m.i. il trattamento dei dati

**CONSORZIO DEI SERVIZI
SOCIALI
"ALTA IRPINIA"**

Via Torricella N° 5
83047 L I O N I (AV)

personali sarà effettuato esclusivamente per le finalità previste dal presente avviso e limitatamente al perseguimento degli scopi ivi indicati.

ART. 10 - INFORMAZIONI

Il responsabile del procedimento è la *d.ssa Marcella Zuccardi dipendente del consorzio dei servizi sociali telefono 0827/42992.*

Per richiedere informazioni è possibile rivolgersi alla assistente sociale del Servizio Sociale Professionale del proprio Comune o tramite email all'indirizzo: info@consorzioaltairpinia.it specificando nell'oggetto : PROGETTO VITA INDIPENDENTE .

La Direttrice
D.ssa Donata CHIEFFO

AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI
A3 VIA TORRICELLA N.5
83047 LIONI (AV)

OGGETTO: DOMANDA PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO SPERIMENTALE VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ – 2018.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/ a _____ il _____
Residente in _____ Via _____
Tel _____ E-mail: _____
Documento d'Identità n _____ Codice fiscale _____

PER SÉ

IN QUALITÀ DI *(si allega alla domanda documento comprovante)*.

- TUTORE GIURIDICO DELLA PERSONA INTERESSATA;
- CURATORE;
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO;
- ALTRO FAMILIARE DELEGATO FORMALMENTE.

A favore di:

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____
Tel _____ Documento d'Identità n. _____
Codice Fiscale _____;

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

CHIEDE

- a. di voler accedere ai contributi economici di cui all' avviso per la realizzazione del **“progetto sperimentale vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ANNO 2018”**;
- b. di aver preso visione dell'avviso pubblico in materia del Consorzio Dei Servizi Sociali A3 e di accettarne le condizioni e prescrizioni contemplate e il percorso che si andrà a definire una volta effettuata l'ammissione al progetto;

DICHIARA inoltre:

di avere un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni;

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino comunitario;

di essere cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo);

di godere dei diritti civili e politici;

di essere residenti in uno dei 25 Comuni dell'Ambito A3;

di essere in possesso della certificazione di disabilità Legge 104/92 art. 3 comma 3 e che la disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da altre patologie mediche;

di non beneficiare del Progetto Home Care Premium 2019,

di non beneficiare di assegno di cura;

di non beneficiare progetti del Dopo di Noi;

di non essere ricoverato presso una struttura residenziale;

LUOGO E DATA**FIRMA**

Firma del dichiarante o, in caso di minore
e/o disabile di chi ne fa le veci

di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi delle vigenti normative.

_____ li _____

firma

Firma del dichiarante o, in caso di minore
e/o disabile di chi ne fa le veci

Informativa privacy

I dati personali forniti e rilevati nella presente Scheda, nel rispetto delle vigenti disposizioni, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento del Progetto di inclusione e per i fini istituzionali del Consorzio.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del percorso di inclusione per impossibilità a realizzare gli obiettivi identificati.

Il trattamento dei dati sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e GDPR n. 679/2016 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" acconsento al trattamento dei miei dati personali nei termini e con le modalità indicate dall'avviso pubblico.

Allega alla presente:

- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto potenzialmente beneficiario
- Codice Fiscale;
- documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto dell'eventuale amministratore di sostegno, tutore, curatore, documento comprovante la nomina e Codice Fiscale;
- copia della certificazione della L. 104/92 art 3 comma 3;
- documentazione ISEE in corso di validità;
- **eventualmente certificazione L.104/92 di altri componenti del proprio nucleo familiare;**
- Altro Specificare _____

AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI
A3 VIA TORRICELLA N.5
83047 LIONI (AV)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/ a _____ il _____
Residente in _____ Via _____
Tel _____ E-mail: _____
Documento d'Identità n _____ Codice fiscale _____

PER SÉ O IN QUALITÀ DI *(si allega alla domanda documento comprovante)*:

- TUTORE GIURIDICO DELLA PERSONA INTERESSATA;
- CURATORE;
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO;
- ALTRO FAMILIARE DELEGATO FORMALMENTE.

A favore di:

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____
Tel _____ Documento d'Identità n. _____
Codice Fiscale _____;

DICHIARA

di avere la seguente composizione del nucleo familiare:

- vive solo e rete familiare assente;
- vive solo ma con rete familiare;
- presenza di altri soggetti con disabilità e o minori nel nucleo familiare ;
- presenza di un solo genitore;

Di avere la seguente condizione abitativa:

- abitazione in contesti che non favoriscono gli spostamenti (zona rurale)
- abitazione in contesti che favoriscono gli spostamenti (zona urbana)

di avere il seguente valore ISEE:

- ISEE pari a 0,00;
- ISEE pari a 0,01 a 4.000,00;
- ISEE pari a 4.001,00 a 8.000,00;
- ISEE pari a 8.001,00 a 10.000,00;
- ISEE pari 10.001,00 a 15.000,00;
- ISEE superiore a 15.001,00;

