



COMUNE DI FOLIGNO
capofila della
ZONA SOCIALE N. 8 UMBRIA

- Il Comune di Foligno capofila della Zona Sociale n.8 Umbria in coerenza ed attuazione delle deliberazioni regionali DCR Umbria n.381 del 19/12/2014 “Approvazione del Nuovo Piano Integrato per la non autosufficienza (PRINA)“, la D.D. regionale n. 13874 del 19.12.2017 “Nuovo Piano Integrato per la non autosufficienza (PRINA)“ con la quale sono state impegnate le risorse anno 2017 da destinare ai Comuni Capofila, conformemente al contenuto del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016 avente ad oggetto “riparto delle risorse finanziarie del FNA per l’anno 2016, ed in particolare l’art. 6 ove si stabilisce che sono finanziate azioni di natura sperimentale volte all’attuazione del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità adottato con DPR 4 ottobre 2013, relativamente alla linea di intervento n. 3 “politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e per l’inclusione nella società “

Vista la convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità sottoscritta a New York il 13.12.2006 e ratificata dall’Italia ai sensi della Legge 3 marzo 2009 n. 18, e in particolare l’art.3 che definisce i principi generali e l’art. 19, concernente la vita indipendente e l’inclusione nella società;

Vista la DGR n. 876 del 26.07.2011 con la quale la Regione Umbria recepisce i principi e i contenuti della Convenzione O.N.U. sui diritti delle persone con disabilità;

Vista la L.R n.11/2015 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi Sociali“ ed in particolare l’art.321 “costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza“;

Vista la DGC n. 42 del 26/01/2018 adottata dal Comune Capofila Foligno in virtù della Convenzione per la gestione associata di funzioni e servizi sociali sottoscritta in data 26 marzo 2017 tra i Comuni della Zona Sociale 8 Umbria;

EMANA IL PRESENTE AVVISO PUBBLICO

ART. 1 OGGETTO

E' oggetto del presente avviso l'assegnazione di contributi, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia, finalizzati a sostenere interventi di supporto e sostegno a favore di persone disabili con limitazioni della capacità funzionale tali da compromettere la loro autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, di relazione e sociale

L'intervento per il quale è possibile presentare domanda viene di seguito elencato:

- frequenza a Centri diurni socio riabilitativi ed educativi autorizzati e/o accreditati per lo svolgimento di **attività pomeridiane** finalizzate all'inclusione sociale e all'autonomia di giovani disabili e disabili adulti, che comprendano progettualità di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile, ovvero progettualità mirate anche alla valorizzazione della vita e degli impegni extradomiciliari e alla concreta espressione dei propri talenti e attitudini, nonché quelle orientate alla valorizzazione del tempo libero, quali parti essenziali dei processi di autodeterminazione e piena realizzazione delle persone con disabilità.

ART. 2 DESTINATARI

I destinatari sono esclusivamente i giovani disabili e disabili adulti residenti nella Zona Sociale n. 8 - Umbria (Comuni di Foligno, Bevagna, Gualdo Cattaneo, Montefalco, Nocera Umbra, Sellano, Spello, Trevi, Valtopina) di età compresa fra 18 ed i 64 anni, con capacità di esprimere direttamente o attraverso un amministratore di sostegno o un tutore, la propria volontà, in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92.

ART. 3 REQUISITI GENERALI DI ACCESSO

La domanda può essere presentata dai soggetti disabili sopra descritti, direttamente o attraverso un amministratore di sostegno o un tutore, in possesso dei seguenti requisiti:

Requisiti anagrafici:

- **Residenza:** residenza in uno dei Comuni della Zona Sociale n. 8, capofila Comune di Foligno – Umbria.
- **Età:** tra i 18 ed i 64 anni.

In deroga, per la frequenza in continuità da almeno tre anni, sono ammissibili al contributo anche interventi rivolti a persone di età superiore a anni 64.

Requisiti sociali:

- Possesso di certificazione di gravità (ai sensi art.3 c. 3 legge 104/92).

Requisiti economici:

- reddito ISEE in corso di validità e secondo normativa vigente , inferiore o uguale ad €. 35.000,00 .

ART. 4 MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

L'istanza, sottoscritta dalle persone con disabilità grave o dai titolari di una qualsiasi forma di tutela giuridica, deve essere presentata su apposita modulistica allegata al presente Avviso (Allegato 1) e deve essere integrata dai seguenti documenti:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e della persona per cui viene richiesto il contributo (se diverso dal richiedente);
- Eventuale copia del decreto di nomina a curatore, tutore del beneficiario, amministratore di sostegno;
- Attestazione ISEE, in corso di validità, secondo quanto disposto dall'art. 6 del DPCM 5/12/2013, n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)" e s.m.i.
- Progetto personalizzato debitamente sottoscritto dalla famiglia e dal responsabile del Centro Diurno (allegato 2 e suoi allegati 2a, 2b, 2c).

ART.5 TERMINI DI PRESENTAZIONE DELL' ISTANZA

L'istanza, corredata della documentazione richiesta, deve essere indirizzata a Comune di Foligno – Ufficio di Piano - Area Diritti di Cittadinanza - via Oberdan 119 06034 – Foligno e consegnata **entro le ore 12.00 del giorno 30 marzo 2018**, utilizzando l'apposita modulistica.

Modalità della consegna:

- a mano presso Sportello Unico Integrato (ex Ufficio Relazioni con il Pubblico) del Comune di Foligno-Piazza della Repubblica 10, in orario di apertura al pubblico;
- a mezzo PEC all'indirizzo: comune.foligno@postacert.umbria.it;
- a mezzo posta raccomandata A/R indirizzata a Comune di Foligno - Area Diritti di Cittadinanza – Via Oberdan 119, 06034 Foligno.

L' Ufficio di Piano provvederà a dare comunicazione scritta di accoglimento o rifiuto dell'istanza dopo aver verificato, tramite commissione appositamente nominata e formata dal Dirigente Responsabile Zona Sociale n. 8, da due funzionari dell'Ufficio di

Piano e da un Istruttore amministrativo con funzioni di segretario verbalizzante, la sussistenza dei requisiti richiesti, la completezza della documentazione e dopo aver effettuato la valutazione del progetto personalizzato.

ART. 6 INAMMISSIBILITA' DELLE DOMANDE

Sono considerate inammissibili le domande:

- a) pervenute via PEC, o consegnate a mano o a mezzo posta oltre il termine di scadenza fissato nel presente Avviso;
- b) presentate su modulistica diversa da quella allegata;
- c) presentate secondo modalità diverse da quelle indicate (es. a mezzo fax);
- d) prive della sottoscrizione a cura del beneficiario o di chi ne fa le veci oppure presentate da un cittadino non residente nella Zona Sociale n. 8.

ART. 7 CARATTERISTICHE DEL PROGETTO DI INTERVENTO

Il progetto personalizzato dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- Essere coerente con gli ambiti di intervento indicati nel presente avviso.
- Avere quale periodo di realizzazione l'anno 2018.

L'Ufficio di piano del Comune di Foligno, entro 30 giorni dalla data di scadenza del presente Avviso, mediante l'apposita Commissione Tecnica sopra richiamata, provvederà ad esaminare le istanze, valutandone i requisiti, nonché il piano d'intervento individualizzato presentato al fine di determinare l'ammissione al contributo.

ART. 8 MISURA DEL CONTRIBUTO

Il Comune Capofila Foligno concede a ciascun beneficiario un contributo pari a :

- 90% della spesa sostenuta e documentata per i beneficiari con ISEE pari o inferiore a € 25.000 ,
- 50% della spesa sostenuta e documentata per i beneficiari con ISEE superiore a € 25.000 ed inferiore a € 35.000.

Tale contributo non potrà superare in ogni caso l'importo max. di € 2.000,00.

Il contributo è riconosciuto per max 3 giorni di frequenza settimanale e per 12 mesi ,

ART. 9 ESAME DELLE DOMANDE

Alla scadenza del termine della presentazione delle domande il Comune di Foligno provvederà al loro esame e a stilare una graduatoria degli ammessi in ordine crescente in base al minore Isee presentato. A parità di reddito Isee prevale l'ordine cronologico delle domande . Ove le richieste di contributo superino la disponibilità del badget di spesa di cui al successivo art. 11 del presente avviso , si provvederà a ridurre in misura proporzionale la percentuale del contributo riconosciuto a tutti i beneficiari fino a

raggiungere l'importo stabilito .

ART.10 INCOMPATIBILITA DEL DIRITTO AL CONTRIBUTO

Sono **esclusi** dal contributo i progetti personalizzati riconducibili al comparto sanitario e socio-sanitario (utenti dei servizi psichiatrici territoriali, frequenza ai Centri Diurni Socio riabilitativi pubblici - USL2/Comuni o Centri analoghi finanziati con contributi pubblici).

ART. 11 RISORSE DISPONIBILI

Per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al presente Avviso sono disponibili risorse pari **ad € 52.000,00** finanziate dal Fondo regionale per la Non Autosufficienza anno 2017.

ART. 12 LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO

Il contributo assegnato sarà liquidato, secondo quanto stabilito al precedente art.8, con la seguente modalità:

- entro il 31 maggio 2018 liquidazione del contributo gennaio – aprile 2018 su presentazione delle spese, documentate mediante attestazione del responsabile del Centro e produzione di calendario della frequenza (giorno, mese);
- entro il 30 settembre 2018 liquidazione del contributo maggio – agosto 2018 su presentazione delle spese, documentate mediante attestazione del responsabile del Centro e produzione di calendario della frequenza (giorno, mese);
- entro il 31 gennaio 2019 liquidazione del contributo settembre – dicembre 2018 su presentazione delle spese , documentate mediante attestazione del responsabile del Centro e produzione di calendario della frequenza (giorno, mese);

ART. 13 CONTROLLI

L'Amministrazione Comunale si riserva di effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni relative a tutti i requisiti richiesti.

In caso di dichiarazione falsa o mendace, fatte salve le responsabilità conseguenti, il destinatario del contributo decadrà dal beneficio e dovrà restituire la somma eventualmente indebitamente percepita e sarà sanzionato ai sensi di legge.

ART. 14 MODALITA' PER I RICORSI

L'istante potrà ricorrere in opposizione entro 15 giorni dalla data di ricevimento della

comunicazione di non accoglimento dell'istanza.

Il Dirigente Responsabile Zona Sociale n.8, esaminato il contenuto del ricorso, si esprimerà in via definitiva entro 15 giorni dalla ricezione del medesimo.

ART. 15 - INFORMAZIONI SUL PROCEDIMENTO.

Ai sensi della L. 241/1990, e s.m. e i. l'unità organizzativa cui sono attribuiti i procedimenti è: Ufficio di Piano Zona Sociale n. 8 Umbria ;

Il Responsabile del procedimento è la Dott.ssa Antonietta Marcelli - Ufficio di Piano - Area Diritti di Cittadinanza del Comune di Foligno capofila della Zona sociale.

L'Ufficio presso cui si può prendere visione degli atti del procedimento è Ufficio di Piano della Zona Sociale n. 8 Dott.ssa Michela Diotallevi.

Il diritto di accesso di cui all'art. 22 della Legge 241/90 e ss. mm. e ii., viene esercitato, con le modalità di cui all'art. n. 25 della citata Legge e del regolamento comunale vigente in materia .

ART. 16 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione comunale venga in possesso in occasione del presente procedimento verranno trattati nel rispetto dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ss.mm.ii "Codice in materia di protezione dei dati personali". E, comunque, ai sensi del medesimo D.lgs. si informa che i dati personali forniti saranno utilizzati nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Ente per l'espletamento del procedimento in esame e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il loro conferimento è obbligatorio, pena l'esclusione dal procedimento stesso. I dati forniti potranno essere oggetto di comunicazione ai competenti organi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e della Regione Umbria, nonché ad altri soggetti pubblici o privati, previsti dalle norme di legge o di regolamento, per lo svolgimento delle rispettive attività istituzionali.

Potranno esercitarsi i diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la Dott.ssa Antonietta Marcelli dell'Ufficio di Piano .

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente Area Diritti di Cittadinanza del Comune di Foligno .

ART.17 INFORMAZIONI

Ulteriori informazioni sono disponibili presso:

Area Diritti di Cittadinanza Via Oberdan 119 Foligno

Numeri di telefono 0742- 346021 - 346020 – 346012 – 346006 – 346005

Il presente Avviso e la modulistica (Allegato 1 e Allegato 2 con allegati 2a, 2b, 2c,) per la presentazione della domanda sono reperibili:

-presso Area Diritti di Cittadinanza - Via Oberdan n. 119 - Foligno

-presso Sportello Unico Integrato (ex URP) - Piazza della Repubblica, 10 Foligno

-sul sito: www.comune.foligno.pg.it

ART. 18 DISPOSIZIONI FINALI

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente avviso pubblico valgono le disposizioni regolamentari e legislative vigenti in materia.

Foligno _____

La Dirigente Area Diritti di Cittadinanza
Responsabile Zona sociale n 8 Umbria
(Dott.ssa Annarita Astri)



ALLEGATO 1

COMUNE DI FOLIGNO

CAPOFILA

ZONA SOCIALE N. 8

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO PER LA FREQUENZA
A CENTRI DIURNI SOCIO EDUCATIVI E RIABILITATIVI - ANNO 2018.**

Spett.le Zona Sociale 8-Umbria Foligno

c/o Area Diritti di Cittadinanza – Ufficio di Piano
06034 FOLIGNO- PG

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nata/o a _____ () il _____ e residente

a _____ in via _____ Tel. _____

C.F. _____

In qualità di

Beneficiario del contributo

Familiare di riferimento (indicare il rapporto di parentela) _____ Incaricato della tutela

Titolare della potestà genitoriale

Amministratore di sostegno della persona destinataria dell'intervento:

di Cognome _____ Nome _____ nato/a

_____ il _____ e residente a _____ in via

Sotto la propria responsabilità DICHIARA

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 ed all'art. 3 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci;

che il beneficiario dell'intervento:

è residente nel Comune di _____ alla data di apertura dell'Avviso

è di età compresa tra i 18 ed i 64 anni

oppure

intende avvalersi della deroga d'età in quanto il piano d'intervento è in continuità da almeno 3 anni

è in possesso della certificazione di cui all'art. 3 c.3 della L. 104/92, rilasciata in data

DICHIARA inoltre

di conoscere e di accettare i contenuti dell'Avviso Pubblico, la misura e le modalità di assegnazione e liquidazione del contributo

AUTORIZZA

l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali, in occasione dell'espletamento del procedimento, nel rispetto del D.Lgs. n°196/03 e successive modifiche ed integrazioni.

CHIEDE

Di beneficiare del contributo, di cui all'Avviso Pubblico, a sostegno delle spese per la frequenza al Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo utorizzato/accreditato di seguito denominato:

Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo _____

Ubicato nel Comune di _____

in via _____

Per il periodo dal _____ al _____

Chiede, altresì, che l'eventuale contributo assegnato sia accreditato sul seguente conto corrente:

Intestatario/i _____

Banca _____ Agenzia _____

IBAN _____

Alla presente domanda allega:

1. Copia della Carta d'Identità del richiedente e della persona per cui viene richiesto il contributo (se diverso dal richiedente);
2. Certificazione di grave disabilità ai sensi dell'art. 3 c.3 della L.104/1992 (facoltativo)
3. Progetto personalizzato (compilato sull'apposita modulistica e suoi allegati 2a, 2b, 2c).
4. Eventuale copia del decreto di nomina a curatore, tutore del beneficiario, amministratore di sostegno;
5. Attestazione ISEE, in corso di validità, secondo quanto disposto dall'art. 6 del DPCM 5/12/13, n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)"

Data _____

Firma _____



ALLEGATO 2

COMUNE DI FOLIGNO CAPOFILA

ZONA SOCIALE N. 8 FOLIGNO

SCHEDA PROGETTO INDIVIDUALIZZATO - ANNO 2018

1. DESTINATARIO DEL CONTRIBUTO

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Residente _____

In via _____

In possesso del Certificato di handicap grave ai sensi dell'art. 3 c.3 della L.104/92

per Deroga d'età indicare gli anni di continuità _____

2. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO

Intende avvalersi del contributo per i seguenti bisogni:

Attività di socializzazione

Attività culturali/laboratoriali

Attività di tempo libero

Altro

Ulteriori specificazioni del/i punto/i sopra indicati

Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita, situazione sociale, lavorativa e/o di studio

Piano personalizzato (compilazione a cura del Responsabile del Centro Diurno, del disabile e/o della famiglia)

indicazione del metodo per l'acquisizione di competenze necessarie all'educazione all'autonomia personale e per il consolidamento delle capacità già possedute dal disabile;

integrazione con le eventuali attività già svolte dal disabile;

metodo utilizzato nel progetto ed appropriatezza riguardo alle problematiche del disabile;

utilizzo di metodologie per lo sviluppo di competenze per linguistiche, logico operative, motorie, manuali;

previsione di attività utili all'inserimento nel contesto territoriale, all'apprendimento di competenze per la fruizione di strutture e servizi, all'inserimento degli utenti in iniziative a carattere culturale, sportivo di tempo libero organizzate nel territorio;

coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, dei pediatri e/o medici di famiglia;

professionalità certificata del personale nella specifica attività;

corrispondenza tra l'attività prevista ed i professionisti impegnati;

DATI DEL CENTRO DIURNO

Denominazione _____

CF/PIVA _____

località _____

Autorizzazione _____

Descrizione locali

Responsabile _____

e-mail _____ n. telefono _____

All. 2 a Scheda di rilevazione Situazione socio familiare;

All. 2 b Scheda di rilevazione della Condizione abitativa;

All. 2 c Scheda di Fruizioni di servizi ed interventi sociali e/o sociosanitari;

data _____

Firma del richiedente _____

Firma del Responsabile del Centro _____



ALL. 2a al Progetto Personalizzato - Scheda di rilevazione Situazione Socio -familiare

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza ed alle persone della famiglia allargata con cui sono in essere stabili relazioni di reciprocità.

Il richiedente si trova nella seguente situazione socio-familiare:



vive da solo



la composizione attuale del nucleo dove vive il richiedente è la seguente
(rispondere **esclusivamente** nel caso in cui il beneficiario **non** viva da solo):

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO				
	1° componente	2° componente	3° componente	4° componente
COGNOME/NOME				
RELAZIONE				
LUOGO DI NASCITA				
DATA DI NASCITA				
CONDIZIONE LAVORATIVA/ ATTIVITA' SVOLTA 1)				
PROBLEMATICHE RILEVANTI 2)				

1) nella riga "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di 1. disoccupato, 2. Casalinga, 3. Lavoratore autonomo, 4. Lavoratore dipendente, 5. Inabile al lavoro, 6. Pensionato, 7. studente, 8. altro.

2) nella riga "Problematiche rilevanti" indicare

A la presenza di persone anziane non autosufficienti e/o con malattie degenerative o croniche;

B la presenza di adulti con patologie degenerative e croniche;

C la presenza di minori con necessità di cure particolari.

Data _____

Firma del richiedente _____



ALL. 2 b Progetto personalizzato – Scheda di rilevazione Condizione abitativa

Il richiedente si trova nella seguente condizione abitativa:

L'abitazione principale è situata in:

Via/P.zza _____ n. ____ Vani n. _____

- Di proprietà (o con mutuo)
 In uso gratuito
 Usufrutto
 In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto
 da privato da pubblico

E' in atto lo sfratto esecutivo? SI NO
 Altro

presenta servizi igienici adeguati SI NO

ha una superficie adeguata al numero di persone conviventi SI NO

presenta barriere fisiche e/o sensoriali SI (esterne) SI (interne) NO

Piano _____ Ascensore SI NO

Rispetto ai servizi pubblici (es. negozi di alimentari, farmacia, trasporti) l'abitazione risulta essere:

- Servita
 Poco servita
 Isolata

Data _____

Firma del richiedente _____

ALL. 2 c Progetto personalizzato – Scheda di fruizione di servizi ed interventi sociali e/o socio sanitari

Il richiedente fruisce dei seguenti servizi:

	Frequenza oraria settimanale	Tipologia di prestazioni	note
Centro diurno socio-riabilitativo			
Centro di riabilitazione sanitaria			
ADI			
SAD			
Aiuto personale			
Altro			

Il richiedente ha percepito i seguenti contributi economici da Enti:

Contributo per il care giver per il periodo _____ Importo di € _____

Assegno mensile gravissime disabilità per il periodo _____ Importo di € _____

Altro contributo (Specificare) _____

_____ per il periodo _____ Importo di € _____

Data _____

Firma del richiedente _____

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ASTRI ANNA RITA

CODICE FISCALE: IT:STRNRT53M43E472T

DATA FIRMA: 18/01/2018 17:37:31

IMPRONTA: 65393165343033396539633230373834643563613039336439636433646366666566323465356237