



COMUNE DI VOGHERA

Provincia di Pavia

PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI A VALERE SUL PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE N. 23/22 "CAREGIVER FAMILIARE" ANNUALITÀ 2022 - ESERCIZIO 2023 (D.G.R. n. 7605/2022 e D.G.R. n. 7799/2023)

FINALITÀ

Regione Lombardia, con D.G.R. n. 7605/2022 e D.G.R. 7799/2023, ha approvato il "Programma operativo regionale in attuazione della L. R. n. 23/2022" a sostegno di persone con disabilità grave a domicilio, fornita dal solo Caregiver Familiare.

Il presente avviso disciplina le modalità di assegnazione di un contributo economico finalizzato a riconoscere e sostenere il ruolo fondamentale del caregiver familiare, ossia di colui o colei che garantisce assistenza e cura in modo significativo e continuativo ad un familiare non autosufficiente o con grave disabilità.

DESTINATARI

Possono presentare domanda di accesso le persone con disabilità grave (accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento), che vivano al domicilio (non in struttura) e che siano assistiti dal solo caregiver familiare come indicato nel progetto individuale.

STANZIAMENTO E REQUISITI DI ACCESSO ALLA MISURA

Per l'attuazione della misura, il budget disponibile è pari ad € 15.840,42.

Al beneficiario idoneo e utilmente collocato in graduatoria può essere riconosciuto un importo fino ad un massimo di € 1.200,00 una tantum per l'attivazione dei seguenti sostegni:

A. rimborso delle spese sostenute per la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare.

Sono ammesse le spese relative a:

- intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare;
- intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati).

Non sono ammesse le spese relative a:

- compartecipazione agli interventi di assistenza domiciliare già attivi (es. SAD comunale);
- interventi di natura sociosanitaria.

- B. voucher per interventi di formazione/addestramento al caregiver familiare nell'attività di cura.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare idonea documentazione fiscale (fattura/ricevuta) comprovante la spesa sostenuta per interventi erogati esclusivamente per il periodo 1.01.2023/31.12.2023.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE

La domanda di assegnazione del contributo dovrà essere predisposta utilizzando il modulo allegato al presente Avviso (All. 1A), corredata da ogni idonea documentazione e dichiarazione.

La domanda può essere presentata dal 27.12.2023 al 26.01.2024:

- presso il Comune di residenza;
- tramite posta al seguente indirizzo: Comune di Voghera, Ufficio Protocollo, Piazza Duomo n. 1, 27058, Voghera;
- tramite e-mail al seguente indirizzo: protocollo@comune.voghera.pv.it;
- tramite pec al seguente indirizzo: protocollo@cert.comune.voghera.pv.it (esclusivamente da altro indirizzo di posta elettronica certificata).

Le domande pervenute dopo il 26 Gennaio 2024 non saranno ammesse.

Sarà cura del richiedente consegnare la domanda compilata in ogni sua parte e corredata dagli allegati richiesti.

Le domande valutate ammissibili vengono inserite in graduatoria in base all'ISEE crescente.

La graduatoria verrà stilata sulla base delle seguenti priorità:

- persone non in carico alla misura B2 (FNA 2022);
- persone non in carico ai servizi semiresidenziali sanitari, sociosanitari o sociali (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, CDD, CDI, presa in carico con sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno).

In caso di parità di valore ISEE si tiene conto dell'ordine cronologico di presentazione della domanda.

L'assegnazione del contributo è determinata dalla posizione occupata in graduatoria e dalla disponibilità del budget.

Possono presentare domanda per l'ottenimento del buono sociale le persone residenti nei Comuni di Bagnaria, Borgo Priolo, Borgoratto Mormorolo, Brallo di Pregola, Casei Gerola, Cecima, Codevilla, Colli Verdi, Corana, Cornale e Bastida, Godiasco Salice Terme, Menconico, Montalto Pavese, Montesegale, Ponte Nizza, Retorbido, Rivanazzano Terme, Rocca Susella, Romagnese, Santa Margherita di Staffora, Silvano Pietra, Torrazza Coste, Val di Nizza, Varzi, Voghera, Zavattarello.

CONTROLLI

Sulle dichiarazioni presentate in ordine alla richiesta del beneficio saranno effettuati controlli.

Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, l'Ufficio di Piano adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

All'Ufficio di Piano - Comune di Voghera
Ambito Territoriale Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL CONTIBUTO A VALERE SUL PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE N. 23/22 "CAREGIVER FAMILIARE" ANNUALITÀ 2022 - ESERCIZIO 2023 (D.G.R. n. 7605/2022 e D.G.R. n. 7799/2023)

Il/la sottoscritto/a (cognome)(nome)
nato/a: il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov. di.....
in qualità di (specificare il tipo di parentela con l'eventuale beneficiario)

Recapito telefonico (indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono):

Tel. / Sig.

Tel. / Sig.

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO CAREGIVER FAMILIARE

Per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare

Destinatario dell'assistenza:

Sig./sig.ra (cognome).....(nome)
nato/a: il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov. di.....
Medico di famiglia..... Grado Invalidità

Care giver:

Sig./sig.ra (cognome).....(nome)
nato/a: il codice fiscale.....
residente a in Via n CAP.....Prov. di.....
Grado di parentela

A tal fine allega:

- copia del verbale d'invalidità;
- certificazione di handicap ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013;
- certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/1992;
- certificazione indennità di accompagnamento ai sensi L. n. 18/1980 e L. n. 508/1988;
- attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ISEE ordinario in caso di minori);
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente;

- eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;
- delega in caso di C/C non intestato al beneficiario del contributo;
- la documentazione fiscale (fattura/ricevuta) comprovante la spesa sostenuta dal 1.01.2023 al 31.12.2023.

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla D.G.R. n. 7751/2022 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi

DICHIARA

che la persona in condizione di disabilità grave (accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento), vive al domicilio (non in struttura) ed è assistita dal solo caregiver familiare.

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- misura RSA aperta (D.G.R. n. 7769/2018) NO SI eventuale data di dimissione _____
- buono progetti vita indipendente PRO.VI per onere assistente personale NO SI
- misura Bonus per assistente familiare (l.r. n. 15/2015 e smi) NO SI
- voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente (D.G.R. n. 7487/2017) NO SI
- misura Home Care Premium/INPS NO SI
specificare la tipologia di sostegno _____
- misura B1 (D.G.R. n. 7751/2022) NO SI
- misura B2 (D.G.R. n. 7751/2022) NO SI
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale NO SI
- altri contributi economici/misure di sostegno/servizi NO SI
specificare _____

- A tal fine dichiara che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita

In caso di assegnazione, l'erogazione del Contributo caregiver familiare sarà effettuata con bonifico bancario o postale intestato al titolare del Buono

BANCA filiale

C/C n. intestato a

CODICE IBAN

Data _____

Firma _____