

***BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI  
FINALIZZATI A SOSTENERE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE DI  
PERSONE CON GRAVE E GRAVISSIMA DISABILITA' FISICO-MOTORIA***

**PERIODO 1 GENNAIO 2016 – 31 DICEMBRE 2016**

Richiamati:

- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 4249 del 30 ottobre 2015, avente per oggetto "Programma Operativo regionale a favore di persone in dipendenza vitale e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze anno 2015";
- il Decreto regionale della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale n. 11037 del 4 dicembre 2015 ad oggetto: "Assegnazione ed erogazione alle A.S.L. delle risorse per l'attuazione del programma operativo regionale di cui al Fondo per le Non Autosufficienze anno 2015 in esecuzione della D.G.R. 30 ottobre 2015, n. X/4249";
- la definizione ed approvazione delle misure da attivare e l'assegnazione dei fondi per ciascuna azione ed i criteri di individuazione dei beneficiari da parte dell'Assemblea dei Sindaci della Valle Trompia nella seduta del 3 febbraio 2016;

Con l'intento di attivare interventi di carattere sociale di sostegno e supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza al proprio domicilio e nel contesto di vita

**È INDETTO**

**il presente Bando per l'assegnazione di Buoni Sociali mensili del valore fino ad un massimo di € 700,00 finalizzati a sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave e gravissima per il periodo 1 gennaio – 31 dicembre 2016 (12 mensilità).**

E' destinato al presente Bando un budget di **€ 67.200,00** che verrà utilizzato fino ad esaurimento, con eventuali riassegnazioni durante il periodo di riferimento derivanti dai budget non utilizzati già destinati agli altri interventi previsti in attuazione della D.G.R. n.4249/2015 e riproporzionati secondo le richieste in graduatoria.

## **REQUISITI PER L'ACCESSO AL BUONO**

I destinatari degli interventi sono persone aventi, alla data di presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

- essere residenti in uno dei Comuni dell'ambito di Valle Trompia (Bovegno, Bovezzo, Brione, Caino, Collio VT, Concesio, Gardone VT, Irma, Lodrino, Lumezzane, Marcheno, Marmentino, Nave, Pezzaze, Polaveno, Sarezze, Tavernole sul Mella, Villa Carcina);
- essere cittadini con disabilità fisico-motoria grave e gravissima, con capacità di autodeterminazione, di età compresa tra 18 e 64 anni, compiuti al 1 gennaio 2016. La condizione di disabilità fisico-motoria grave e gravissima è documentata dal certificato di gravità ai sensi dell'art.3 della Legge 104/92;
- non essere ricoverati presso strutture residenziali o semiresidenziali, salvo per un periodo massimo di 2 mesi nell'anno 2016;
- **presentare/aderire ad un progetto di "Vita Indipendente", secondo le caratteristiche riportate nella sezione "Finalità e Tipologia degli interventi";**
- i costi coperti dal Buono di cui al presente provvedimento non possono essere coperti da bandi o erogazioni assistenziali di altra natura;
- è ammissibile al Buono un solo componente per nucleo familiare.

Le condizioni che consentono l'accesso al Buono saranno autocertificate dal richiedente, fatta eccezione per i seguenti documenti, che dovranno essere allegati in copia alla domanda:

- dichiarazione I.S.E.E. socio-sanitario (ai sensi del DPCM 159/2013) necessaria per la formulazione della graduatoria;
- certificazione attestante la condizione di disabilità secondo la normativa vigente richiamata;
- copia del contratto di assunzione dell'assistente o del contratto con terzi per l'erogazione delle prestazioni dedicate al progetto.

## **FINALITA' E TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI**

Il presente Buono si configura come intervento economico a sostegno di Progetti di Vita Indipendente a favore di persone con disabilità fisico-motoria, con capacità di autodeterminazione, per il periodo dal 1 gennaio 2016 al 31 dicembre 2016.

I progetti devono riguardare percorsi di accompagnamento a favore di persone disabili che vivono all'interno di un nucleo familiare o autonomamente, per consentire l'esercizio e lo sviluppo dell'autodeterminazione ed il miglioramento della qualità di vita.

Si tratta di progetti tramite i quali la persona con disabilità propone e gestisce in modo responsabile il proprio piano personalizzato di assistenza, in base alle sue specifiche esigenze, al fine di conseguire obiettivi di vita indipendente, parità di opportunità ed integrazione sociale. Caratteristica saliente di tali progetti è la presenza di personale esterno dedicato, con conseguente sollievo alle cure eventualmente garantite dai familiari.

Il progetto deve prevedere il numero di ore necessarie, l'assunzione di personale con regolare contratto di lavoro o l'affidamento a terzi del servizio e le azioni individuate.

Tali azioni possono riguardare tutti gli ambiti di vita della persona ed in specifico attività:

- di cura della persona (igiene, vestizione, alimentazione, mobilitazione);
- di cura dell'ambiente domestico e di vita (organizzazione dell'abitazione, abbigliamento, preparazione pasti, commissioni e disbrigo pratiche);

- di supporto in ambito lavorativo e/o formativo;
- che favoriscono le uscite, l'integrazione sociale, la partecipazione ad attività sportive e del tempo libero.

Sono ammissibili al finanziamento i soli costi relativi al personale che garantisce le azioni espressamente contemplate dal progetto individuale.

Il progetto può essere complementare ad altri interventi e servizi connessi alla domiciliarità.

Sono esclusi dal finanziamento progetti che prevedono l'inserimento in strutture diurne e residenziali, anche temporanee.

La persona con disabilità sceglie autonomamente i propri assistenti personali e deve provvedere a regolarizzarne il rapporto con un contratto di lavoro privato, nel rispetto della normativa vigente, oppure può avvalersi anche del servizio di terzi che sceglie personalmente e con cui concorda le modalità di attuazione secondo le proprie esigenze.

La titolarità e la responsabilità della scelta e della gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.

Il progetto deve essere presentato mediante compilazione del modulo allegato al presente Bando corredato degli allegati richiesti.

Al fine di una corretta programmazione degli interventi, in un'ottica di integrazione con la complessità delle prestazioni socioassistenziali e sanitarie già predisposte o programmabili a favore della persona non autosufficiente, le prestazioni previste dal presente provvedimento verranno condivise con gli operatori sociosanitari del presidio territoriale Valle Trompia dell'ASST Spedali Civili.

### ***VALORE DEL BUONO***

Comunità Montana di Valle Trompia, tramite la società partecipata Civitas srl, a cui è affidata la gestione dei servizi sociali, riconoscerà al beneficiario un Buono mensile **fino ad un massimo di € 700,00 per 12 mensilità** (dal 1 gennaio al 31 dicembre 2016).

Il Buono decorrerà dal mese di avvio del progetto e potrà avere effetto retroattivo (gennaio 2016) per progetti già in corso che rispettino i criteri di ammissibilità al finanziamento.

**Il Buono verrà determinato secondo i costi contemplati dal progetto ed ammissibili al finanziamento.**

In caso di decadenza dei requisiti di ammissione, il Buono verrà sospeso.

In caso di ricovero, fino ad un massimo di due mesi nell'anno 2016, in strutture residenziali o semiresidenziali, l'entità del Buono verrà rideterminata secondo l'effettiva realizzazione del progetto finanziato.

Gli aventi diritto, ma non beneficiari per esaurimento delle risorse, rimarranno in lista d'attesa fino al 31 dicembre 2016, con la possibilità di ricevere il Buono per l'intero periodo o parte di esso, in caso di ulteriori riassegnazioni di fondi.

### ***DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO E FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA***

L'Ufficio Servizi Sociali Associati di Civitas srl procederà all'istruttoria delle domande pervenute ai Comuni di Valle Trompia e alla verifica del possesso dei requisiti richiesti. Al termine dell'istruttoria, la Comunità Montana provvederà alla stesura della graduatoria che verrà formulata in base al valore ISEE e alla valutazione della condizione di non autosufficienza secondo le scale ADL e IADL, secondo i seguenti punteggi.

## ATTRIBUZIONE VALORE ISEE PER GRADUATORIA

ISEE da 0 a € 5.000	10 punti
ISEE da € 5001 a € 8.000	8 punti
ISEE da € 8.001 a € 12.000	6 punti
ISEE oltre € 12.001	4 punti

## VALUTAZIONE FUNZIONALE

### Scheda rilevazione dell'autosufficienza – ADL

<b>1) Lavarsi</b>	
<b>a</b>	Non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi)
<b>a</b>	Riceve aiuto nel lavarsi soltanto per una parte del corpo (come la schiena o le gambe)
<b>b</b>	Riceve aiuto nel lavarsi soltanto per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava)

<b>2) Vestirsi</b> (prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, compresi biancheria e vestiario e utilizza le chiusure)	
<b>a</b>	Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto
<b>a</b>	Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe
<b>b</b>	Riceve aiuto nel prendere i vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito

<b>3) Uso dei servizi</b>	
<b>a</b>	Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti (utilizzando anche presidi di sostegno come il bastone, il girello, o la sedia a rotelle e può gestirsi la padella per la notte o la comoda vuotandola al mattino)
<b>b</b>	Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per riassetarsi gli abiti
<b>b</b>	Non si reca ai servizi

<b>4) Trasferimento (mobilità)</b>	
<b>a</b>	Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, senza aiuto (può utilizzare presidi di sostegno – girello / bastone)
<b>b</b>	Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, con aiuto

<b>b</b>	Non esce dal letto	
----------	--------------------	--

<b>5) Continenza</b>		
<b>a</b>	Ha completo autocontrollo sui movimenti	
<b>b</b>	Ha occasionalmente degli incidenti	
<b>b</b>	Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo; utilizza il catetere o è incontinente	

<b>6) Alimentarsi</b>		
<b>a</b>	Si alimenta da solo senza aiuto	
<b>a</b>	Si alimenta da solo, ma richiede aiuto solo per tagliare la carne o per imburrare il pane o simili	
<b>b</b>	Riceve assistenza nell'alimentarsi o è alimentato, in parte, completamente con l'utilizzo di sonde o intravena	

	<b>6a</b>	<b>5a</b>	<b>4a</b>	<b>3a</b>	<b>2a</b>	<b>1a</b>		Indice Totale
	-	<b>1b</b>	<b>2b</b>	<b>3b</b>	<b>4b</b>	<b>5b</b>	<b>6b</b>	

Indice ADL	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	
	Autosufficiente		Parzialmente Autosufficiente			Non autosufficiente		
Esito valutazione	<b>3 punti</b>		<b>6 punti</b>			<b>12 punti</b>		

**Nota:** Il livello di autosufficienza è determinato dalla somma finale delle lettere **a)** e **b)**

### **Scheda rilevazione dell'autonomia – IADL**

<b>1) È capace di utilizzare il telefono?</b>		
2	Senza aiuto (compresa la ricerca e la formazione del numero)	
1	Con qualche aiuto ( in caso di emergenza può rispondere e chiamare ma ha bisogno di un telefono speciale o di un aiuto per formulare il numero)	
0	È completamente incapace di usare il telefono	

<b>2) È in grado di uscire e di recarsi in luoghi non raggiungibili a piedi?</b>		
2	Senza aiuto (può viaggiare da solo prendendo i mezzi pubblici, il taxi, o guida la propria automobile)	
1	Con qualche aiuto ( ha bisogno che qualcuno l'aiuti, o che qualcuno esca con lei)	
0	Non è assolutamente in grado di viaggiare se non su mezzi di emergenza quali ambulanza	

<b>3) È in grado nei negozi di fare la spesa o di comperare vestiario?</b>		
2	Senza aiuto (si cura di tutti gli acquisti di cui ha bisogno, facendo conto di non avere problemi di trasporto)	
1	Con qualche aiuto (ha bisogno che qualcuno si rechi con lei nel giro per negozi)	
0	Non è assolutamente in grado di fare alcun acquisto	

<b>4) È in grado di preparare i suoi pasti?</b>		
2	Senza aiuto (organizza e cucina i pasti per sé)	
1	Con qualche aiuto (può preparare alcune cose, ma non è in grado di cucinare pasti completi da solo)	
0	Non è assolutamente in grado di prepararsi alcun pasto	

<b>5) Può fare lavori di casa?</b>		
2	Senza aiuto (può pulire i pavimenti, ecc.)	
1	Con qualche aiuto (è in grado di tenere pulita la casa ma ha bisogno di aiuto per i lavori pesanti)	
0	Non è assolutamente in grado di fare alcunché in casa	

<b>6) È in grado di prendere le sue medicine da solo?</b>		
2	Senza aiuto (nelle dosi giuste ed al momento giusto)	

1	Con qualche aiuto (è in grado di prendere le medicine se qualcuno gliel prepara o gli ricorda di prenderle)	
0	Non è assolutamente in grado di prendere le sue medicine	

<b>7) Sa maneggiare denaro?</b>		
2	Senza aiuto (paga i conti, ecc.)	
1	Con qualche aiuto (gestisce le spese quotidianamente ma ha bisogno di aiuto per il libretto degli assegni o per pagare conti o fatture)	
0	Non è assolutamente in grado di maneggiare denaro	

Funzioni	Punteggi
Telefono	
Uscire di casa	
Fare la spesa	
Preparare i pasti	
Lavori di casa	
Prendere medicine	
Usare il denaro	
Indice IADL	

Classi aggregate dell'indice ADL		Esito della valutazione
0 – 6	Non autonomo	<b>14 punti</b>
7 – 11	Parzialmente autonomo	<b>7 punti</b>
12 - 14	Autonomo	<b>3.5 punti</b>

### **ATTRIBUZIONE VALORI SCALE IADL-ADL SOMMATI PER GRADUATORIA**

DA 0 A 6,5 PUNTI      6 PUNTI  
 DA 7 A 12 PUNTI      8 PUNTI  
 DA 13 A 26 PUNTI    10 PUNTI

## **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E DI EROGAZIONE DEI BUONI SOCIALI**

Le domande devono essere presentate **dal 22 febbraio al 22 marzo 2016** presso il **Comune di residenza** della persona richiedente, utilizzando la modulistica allegata. Al servizio sociale comunale compete la verifica della completezza della documentazione, l'eventuale richiesta di integrazione e la valutazione funzionale tramite la somministrazione delle scale ADL e IADL e la compilazione della scheda TRIAGE.

I servizi sociali comunali verificano che i requisiti siano rispettati e la documentazione allegata sia completa.

Le domande presentate dopo la scadenza del termine sopra riportato sono escluse dal presente bando.

**Entro il giorno 7 aprile 2016** i Comuni provvederanno a trasmettere le domande a Civitas srl che si occuperà della predisposizione dell'istruttoria da sottoporre a Comunità Montana di Valle Trompia.

Civitas srl provvederà altresì all'erogazione del Buono ai beneficiari e a trasmettere ai Comuni di residenza le graduatorie risultanti dall'istruttoria.

**Il Buono verrà erogato trimestralmente (aprile, luglio, ottobre, dicembre), premessa la sussistenza dei requisiti di ammissione e la presentazione delle spese sostenute previste dal progetto.**

**Si specifica che l'erogazione del buono può essere effettuata unicamente su Conto Corrente Bancario o Postale provvisto di codice IBAN (non è possibile erogare l'eventuale contributo su libretti di risparmio o carte prepagate).**

**Il beneficiario o chi per esso ha l'obbligo di comunicare al proprio Comune di residenza ogni variazione che comporti il venir meno del diritto al Buono (per es. ricovero temporaneo o definitivo in struttura o decesso della persona disabile). Gli uffici comunali provvederanno a trasmettere tempestivamente le avvenute variazioni alla società Civitas srl.**

### **CONTROLLO**

**I Servizi Sociali dei Comuni e l'Ufficio Servizi Sociali Associati di Civitas srl potranno verificare a campione la veridicità delle informazioni dichiarate nella compilazione della domanda.**

La dichiarazione falsa comporta :

- a) la decadenza immediata dei benefici ottenuti con il provvedimento di riferimento;
- b) la responsabilità penale.

Nel caso di dichiarazioni mendaci, il responsabile del procedimento di ciascun Comune immediatamente si attiva, nelle forme dovute, per la sospensione e la revoca dei benefici conseguiti dal soggetto che ha dichiarato il falso dandone comunicazione allo stesso entro il termine massimo di quindici giorni dall'esito del controllo.

Il responsabile di servizio competente deve immediatamente adottare gli atti amministrativi necessari per il recupero delle eventuali somme indebitamente percepite dal soggetto che



ha reso false dichiarazioni, tenuto conto delle condizioni socio-economiche del nucleo familiare e dell'economicità dell'azione.

### ***ACQUISIZIONE E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI***

I dati forniti dai soggetti richiedenti di cui al presente Bando sono raccolti dagli uffici competenti di ciascun Comune e trasferiti per l'istruttoria all'Ufficio Servizi Sociali Associati di Civitas nel pieno rispetto del D.Lgs 196/2003.

L'acquisizione di tali dati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti e dei criteri per l'ammissione, a pena dell'esclusione da ogni forma di contributo.

Nello specifico, con riferimento al trattamento dei dati sensibili, saranno rispettate le disposizioni del D.Lgs. 196/2003.

Gardone Val Trompia, 17 febbraio 2016

L'Assessore ai Servizi Sociali  
di Comunità Montana di Valle Trompia

**f.to Mario Folli**

Il Presidente di Civitas s.r.l.

**f.to avv. Riccardo Frati**

Al Comune di

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI FINALIZZATI A  
SOSTENERE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE DI PERSONE CON GRAVE E  
GRAVISSIMA DISABILITA' FISICO-MOTORIA**

PERIODO 1 GENNAIO 2016 – 31 DICEMBRE 2016

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Codice \_\_\_\_\_

Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Per sé stesso**

**Per conto di**

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Codice \_\_\_\_\_

Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di poter beneficiare del Buono Sociale mensile finalizzato a sostenere Progetti di Vita  
Indipendente di persone con grave e gravissima disabilità fisico-motoria per il periodo 1**

**gennaio - 31 dicembre 2016, come da Bando emesso da Comunità Montana di Valle Trompia.**

**A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA CHE LA PERSONA DESTINATARIA DEL BUONO**

- È residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- Che la composizione del nucleo familiare è la seguente:

<b>Grado di parentela</b>	<b>Nome e cognome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Professione</b>

- Non è ricoverata in struttura residenziale o semiresidenziale, salvo per i due mesi come da Bando;
- E' in condizioni di disabilità fisico-motoria, documentata secondo la normativa richiamata dal Bando;
- Ha attivato/attivare un Progetto di Vita Indipendente, come da schema allegato alla presente domanda;
- Che il valore ISEE socio-sanitario in corso di validità è pari a € \_\_\_\_\_ ;
- Che è a conoscenza che sarà indispensabile presentare la documentazione relativa alle spese sostenute finanziabili dal Bando per accedere al Buono;
- Che è a conoscenza che i costi di cura coperti dal Buono non possono essere coperti da bandi o erogazioni assistenziali di altra natura;
- Che è a conoscenza che i Comuni e Civitas srl, ai sensi del D.P.R. 445/2000, potranno procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal

controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del medesimo D.P.R., il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti;

- Comunica i seguenti dati per l'accredito dell'eventuale beneficio economico derivante dal Bando **c/c Bancario** n°..... intestato a .....  
Banca ..... Agenzia di .....  
codice **IBAN** .....**(obbligatorio)**

***Il sottoscritto si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni dei dati di cui sopra.***

Luogo e data

In fede

La presente domanda equivale ad autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 per le attestazioni contenute. Si autorizza il trattamento dei dati personali ai soli fini del procedimento di assegnazione del beneficio richiesto.

Luogo e data

In fede

**ALLEGA:**

- Attestazione ISEE socio-sanitario (ai sensi del DPCM 159/2013) in corso di validità;
- Certificazione attestante la condizione di disabilità secondo la normativa vigente richiamata nel Bando;
- Schema del Progetto di Vita Indipendente con i relativi allegati.

IL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE DI..... HA VERIFICATO LA SUSSISTENZA DEI REQUISITI PER L'AMMISSIBILITA' DELLA DOMANDA.

INFORMA CHE IL BENEFICIARIO USUFRUISCE ANCHE DEL SERVIZIO ADI.

-----

**Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 (Da rilasciare all'utente)**

**OGGETTO: Richiesta di assegnazione di Buoni Sociali mensili finalizzati a sostenere Progetti di Vita Indipendente di persone con grave e gravissima disabilità fisico-motoria per il periodo 1 gennaio - 31 dicembre 2016, come da Bando emesso da Comunità Montana di Valle Trompia.**

Gent.le Signore/a

desideriamo informarla che il Decreto Legislativo n. 196 del 30 Giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 e 73 del D.Lgs. n. 196/2003, Le forniamo le seguenti informazioni:

**Premessa**

Comunità Montana di Valle Trompia ha indetto il "Bando per l'assegnazione di Buoni Sociali Mensili finalizzati a sostenere Progetti di Vita Indipendente di persone con grave e gravissima disabilità fisico-motoria per il periodo 1 gennaio - 31 dicembre 2016".

**Finalità del trattamento**

I dati personali, anche sensibili, da Lei forniti e/o in ns. possesso verranno trattati esclusivamente per la seguente finalità: " Bando per l'assegnazione di Buoni Sociali Mensili finalizzati a sostenere Progetti di Vita Indipendente di persone con grave e gravissima disabilità fisico-motoria per il periodo 1 gennaio 2015 – 31 dicembre 2016".

**Modalità del trattamento**

Il trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili attestanti lo stato di salute, verrà effettuato dal Comune di ....., da Comunità Montana della Valle Trompia (quale Ente Capofila), da Civitas srl, quale ente gestore dei servizi sociali per Comunità Montana, e dall'ASST degli Spedali Civili di Brescia. Gli operatori incaricati dai suddetti Enti opereranno nel rispetto della normativa di cui trattasi per il solo procedimento in oggetto, sia in forma cartacea che informatizzata.

Tali dati personali, sia in forma cartacea che su supporto magnetico, verranno conservati presso gli uffici Servizi Sociali Associati di Civitas srl - Gardone V.T.

## **Natura del conferimento**

Il conferimento dei dati, personali e sensibili, nell'ambito del trattamento in oggetto è obbligatorio, in quanto l'eventuale non comunicazione di una delle informazioni necessarie ha come conseguenza l'impossibilità di erogare il contributo.

## **Ambito di comunicazione e diffusione**

I dati personali sono raccolti dal Comune di ..... e sono trattati dagli incaricati degli uffici Relazioni con il Pubblico (calcolo ISEE) e Servizi Sociali, comunicati all'Ufficio Segreteria/Protocollo dello stesso per le procedure amministrative, e, successivamente, inviati a Civitas srl per la fase istruttoria e la gestione della graduatoria.

## **Individuazione del Titolare e del Responsabile**

Il Titolare del trattamento è il Comune di .....

Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile Apicale dell'Area Servizi alla Persona, al quale potrà essere richiesta ogni altra informazione.

## **Diritti riconosciuti all'interessato**

Al Titolare del trattamento o al Responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, così come previsto dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente.

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma leggibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art.5 comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o in blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro i quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

## PROGETTO INDIVIDUALIZZATO E PIANO PERSONALIZZATO DI INTERVENTO

### Dati identificativi del beneficiario

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ eventuale altro recapito \_\_\_\_\_

### Care – Giver e altre persone significative

→ **vive con:**  coniuge/convivente  coniuge/figli  figli  parenti  genitori  badante  solo  
 altro (specificare) \_\_\_\_\_

Relazione	Cognome e nome recapito e telefono	Anno di nascita	convivente	Disponibilità (specificare in termini qualitativi e quantitativi settimanali)
			SI NO	
			SI NO	
			SI NO	
			SI NO	
			SI NO	

→ è attiva rispetto alla situazione una rete di assistenza di volontariato:  SI  NO

**Altre informazioni socio-assistenziali**

- |  | <b>SI</b>                          | <b>NO</b>                              | <b>in corso di accertamento</b>         |   |
|--|------------------------------------|--|---|---|
| - Invalidità   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                | _____ %   |
| - Indennità di accompagnamento                                     | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |   |
| - L. 104/92 Gravità Handicap                                       | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                |   |
| - SAD comunale   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>               |   |   |
| - Assistenza continuativa privata <b>prof.</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |  | <input type="checkbox"/> <b>badante</b> | <input type="checkbox"/> <b>altra figura</b>                          |
| - La persona è attualmente beneficiaria di voucher socio-sanitario |                                    |  |   | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| - Altri benefici o servizi (specificare)_____                      |                                    |  |   |   |
| - La persona ha beneficiato nell'anno precedente di :              |                                    |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> voucher socio-assistenziale               |                                    | <input type="checkbox"/> buono sociale |   | <input type="checkbox"/> altro (specificare)                          |
| _____  |                                    |  |   |   |

**ISEE (da allegare):**

note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

Descrizione della situazione personale, familiare, di contesto, precisando la presenza o meno di una rete di supporto (familiare o di volontariato); degli interventi attuati o necessari a sostegno della autonomia della persona e della realizzazione del suo progetto di vita.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

---

---

**FINANZIAMENTI E INTERVENTI GIA' IN ATTO**

Descrizione dei finanziamenti ed interventi già in atto.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PIANO PERSONALIZZATO DI ASSISTENZA**

**Finalità dell'intervento:**

- Cura della persona
- Cura dell'ambiente domestico e di vita
- Supporto in ambito lavorativo o formativo
- Uscite, integrazione sociale, partecipazione ad attività sportive e del tempo libero socializzazione
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Descrizione della situazione per cui si richiede l'attivazione del piano** (specificare le limitazioni dell'autonomia personale nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana e di tutte quelle azioni che la persona non può svolgere direttamente; il contesto di vita con interessi/impegni; gli obiettivi che si intendono raggiungere )

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Assunzione tramite terzi (cooperativa)

**Modalità di monitoraggio/verifica:**

---

---

---

**Costo del progetto:** € \_\_\_\_\_

**Operatore di riferimento ( del Comune e/o ASL):**

---

---

---

Luogo e data .....

Firma del richiedente (beneficiario del finanziamento)

.....

Firma del proponente (Assistente Sociale del Comune di residenza)

.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".  
Ai Sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale \_\_\_\_\_, anche con l'ausilio di mezzi informatici.  
Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

.....il.....

Firma.....