

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "A"

(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA)

Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____ _____	prot. n° _____ del _____
--	-----------------------------

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____
in qualità di _____ <i>(titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno)</i>	

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "A"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

- a.** che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b.** l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare malato di SLA presso il suo domicilio;
- c.** l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;
- d.** di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e.** che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata a:

- Beneficiario (non autosufficiente)
- Richiedente

con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
cod. IBAN _____

3. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona affetta da SLA:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
- c) il decesso;
- d) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

In fede

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

- Annotazione estremi documento di identità _____
- Allegata copia del documento di identità _____

IL FUNZIONARIO

(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale (Allo scopo può bastare una certificazione già a disposizione del richiedente, quale, ad esempio, il verbale di invalidità civile);
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.G.R. n. 256 del 12/03/2013;
- autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A);
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore amministratore di sostegno.

Informativa Privacy

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali si informa la S.V. che i dati personali e anagrafici forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione Basilicata, del Comune di residenza, del Comune Capofila dell'Ambito Sociale di Zona e della Azienda U.S.L. cui fa capo il Comune.

I dati trattati attengono all'identificazione del richiedente il contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA, della persona malata di SLA per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) ove ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico, nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli Uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo al trattamento dei dati contenuti nella domanda per il contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA, nonché dei dati socio/sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di trenta giorni.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "B"

(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

Modulo di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____
in qualità di _____ <i>(titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno)</i>	

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "B"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

A tal fine, il sottoscritto

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. che la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;
- ovvero
- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona malata di SLA sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____	codice fiscale _____
----------------	----------------------

nato/a a _____ (____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ____/____/____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

3. Delega alla riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata a:

- Beneficiario (non autosufficiente)
- Richiedente

con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
 cod. IBAN _____

4. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;

c) il decesso;

d) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;

e) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

- Annotazione estremi documento di identità _____
- Allegata copia del documento di identità _____

IL FUNZIONARIO

(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale (Allo scopo può bastare una certificazione già a disposizione del richiedente, quale, ad esempio, il verbale di invalidità civile);
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alle medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.G.R. n. 256 del 12/03/2013;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore amministratore di sostegno.

Informativa Privacy

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali si informa la S.V. che i dati personali e anagrafici forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione Basilicata, del Comune di residenza, del Comune Capofila dell'Ambito Sociale di Zona e della Azienda U.S.L., cui fa capo il Comune.

I dati trattati attengono all'identificazione del richiedente il contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA, della persona malata di SLA per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) ove ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico, nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli Uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo al trattamento dei dati contenuti nella domanda per il contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA, nonché dei dati socio/sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di trenta giorni.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)



CITTA' DI POTENZA
Unità di Direzione "Servizi Sociali"
Via P. Lacava, n° 2 – 85100 Potenza .

COMUNE DI POTENZA
CAPOFILA DELL'AMBITO SOCIALE DI ZONA
AWISO PUBBLICO IL SINDACO

rende noto

che, ai sensi e per gli effetti della Deliberazione della Giunta Regionale n. 256 del 12/03/2013, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

1. FINALITÀ DEL CONTRIBUTO ECONOMICO

Il contributo economico è un intervento mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona affetta da SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica), evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona malata di SLA nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

Il contributo economico viene concesso per interventi:

- rivolti alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA (Contributo di tipo A);
- rivolti alla persona malata di SLA o alla sua famiglia che si avvale, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari, nell'ottica della conciliazione tra lavoro, impegno e attività di cura e realizzazione della vita personale (Contributo di tipo B).

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla D.G.R. n. 256 del 12/03/2013 le persone malate di SLA che

- siano residenti in Basilicata da almeno 6 mesi;
- siano in possesso della certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale¹;
- siano già inserite nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

E' inoltre, destinataria dei contributi economici la famiglia che assicura al proprio familiare malato di SLA con le caratteristiche sopra descritte la necessaria assistenza al domicilio, sia direttamente che attraverso l'impiego a titolo oneroso di assistenti familiari.

Per essere destinatari del contributo economico di tipo A, i familiari devono essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona affetta da SLA, ovvero garantire una presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

La persona malata di SLA è comunque identificata quale beneficiario finale del contributo oggetto del presente avviso.

3. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

¹ Allo scopo può bastare una certificazione già a disposizione del richiedente, quale, ad esempio, il verbale di invalidità civile.

L'entità del contributo economico è stabilita in base a due variabili:

- la stadiazione della malattia;
- il ricorso o meno ad un aiuto a titolo oneroso.

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN PRESENZA DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 500,00
B	€ 1.200,00
C	€ 2.300,00
D	€ 3.000,00

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN ASSENZA DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 250,00
B	€ 600,00
C	€ 1.150,00
D	€ 2.000,00

Il contributo è concesso su base mensile e non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

Il contributo non è cumulabile con quello denominato "Assegno di Cura" di cui alla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009 e alla D.G.R. n. 1710 dell'11/12/2012.

Il contributo economico sarà erogato mensilmente per 24 mesi, compatibilmente con le risorse disponibili, attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accredito su conto corrente bancario.

Il livello di stadiazione deve essere certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari Hub o Spoke di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

4. RICHIESTE DI CONTRIBUTO ECCEDENTI I FINANZIAMENTI DISPONIBILI

Nel caso in cui le richieste di contributo, nella prima fase di definizione dell'elenco dei beneficiari, eccedessero la disponibilità finanziaria prevista dalla D.G.R. n. 256 del 12/03/2013, avranno priorità i malati con una stadiazione più alta. Nel caso di parità di stadiazione, avranno priorità le persone malate di SLA con un ISEE più basso. Le richieste eccedenti saranno collocate in lista di attesa, stilata secondo i medesimi criteri.

5. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare per via elettronica la domanda di contributo economico, il cui modello è presente negli allegati A e B del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale <http://sla.regione.basilicata.it/> o rivolgendosi all'Ufficio Sociale del Comune di residenza.

La domanda compilata on line dovrà essere stampata in triplice copia utilizzando la funzione stampa finale del sistema telematico.

Le tre copie firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, risultante dalla compilazione del formulario elettronico, devono essere consegnate a mano al Comune di attuale residenza della persona malata di SLA o da un familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona interessata entro e non oltre il termine di 30 giorni dalla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata (BUR) del presente Avviso che continuerà a rimanere valido anche dopo tale data per la durata biennale del programma. Farà fede il timbro a data del Comune di residenza accettante.

La domanda non sarà accettata se:

- non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;
- risulterà stampata in versione bozza;
- risulterà modificata e/o integrata a mano.

Al momento della consegna, il Comune rilascerà al richiedente, quale ricevuta, una delle tre copie della domanda su cui sarà apposto data e timbro di accettazione.

La domanda deve essere presentata:

- dalla persona interessata, che, in caso di impedimento, può essere supportata dall'azione dell'Assistente Sociale comunale;
- da un familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona interessata.

Il richiedente può presentare domanda per una sola delle tipologie di contributo.

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale²;
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub o Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.C.R. n. 256 del 12/03/2013;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A) o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con uno o più familiari o assistenti familiari (solo nel caso la persona non autosufficiente sia già assistita da familiari o assistenti familiari e richieda il contributo di tipo B).

6. DEFINIZIONE DELL'ELENCO PROVVISORIO DEI BENEFICIARI

Il Comune di residenza della persona affetta da SLA ricevute le domande le invia entro 10 giorni, complete di allegati, trattenendone copia, al Comune Capofila dell'Ambito Sociale di Zona di appartenenza che ne verifica l'ammissibilità e stila l'elenco provvisorio dei beneficiari, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione dell'Avviso. L'elenco dovrà essere approvato con atto amministrativo, pubblicato sull'Albo Comunale nel rispetto delle norme vigenti in materia di privacy e inviato ai Comuni facenti parte dell'Ambito zonale.

Avverso l'esclusione è ammesso ricorso amministrativo, entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'elenco provvisorio dei beneficiari sull'Albo Comunale, da indirizzare al Comune Capofila dell'Ambito Sociale di Zona di cui fa parte il Comune presso il quale è stata presentata la domanda e, per conoscenza, alla Regione Basilicata - Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale - Ufficio "Promozione Cittadinanza Solidale ed Economia Sociale, Sviluppo Servizi Sociali e Sociosanitari" - Via Vincenzo Verrastro, 9 - 85100 Potenza.

7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Il Servizio Sociale del Comune di residenza dei singoli beneficiari, entro 15 giorni dalla pubblicazione dell'elenco provvisorio, contatta consultivamente il Centro Spoke per la SLA- Coordinamento Cure Domiciliari e Palliative territorialmente competente, di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, per procedere alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato con le modalità descritte al successivo punto 8 sulla base di quello già predisposto dal Centro di Riferimento.

Nel PAI deve essere presente la certificazione del livello di stadiazione rilasciata dal Centro di Riferimento Regionale Hub o Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

Solo dopo aver redatto il PAI di cui sopra, il Servizio Sociale Comunale valorizzerà nel sistema informativo del Programma il nominativo del beneficiario.

La mancata sottoscrizione del PAI entro i termini prescritti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo economico. L'erogazione del contributo economico sarà riattivato dal mese successivo all'avvenuta firma. La firma del PAI non dà luogo al riconoscimento di arretrati.

8. PRESA IN CARICO

Sulla base dell'elenco provvisorio dei beneficiari di cui al precedente punto 7 il Servizio sociale

² Allo scopo può bastare una certificazione già a disposizione del richiedente, quale, ad esempio, il verbale di invalidità civile.

comunale competente attiva il procedimento di "presa in carico" del beneficiario attraverso la definizione e l'approvazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che diviene la condizione necessaria per l'erogazione del contributo economico.

I beneficiari inseriti utilmente nell'elenco di ciascun Comune Capofila che non risulteranno attivi nel sistema informativo del Programma il decimo giorno del mese successivo alla pubblicazione dell'elenco provvisorio riceveranno una comunicazione dalla Regione Basilicata per essere invitati a prendere contatto con il Comune di residenza per avviare le procedure di "presa in carico".

Alla definizione ed alla gestione del PAI concorrono, oltre al Servizio Sociale comunale competente, anche la famiglia ed altri soggetti interessati od interessabili.

Responsabile del PAI è un Case Manager individuato nella figura dell'assistente sociale del Servizio sociale locale.

Il Case Manager cura le diverse fasi della presa in carico che riguardano la valutazione, la redazione del piano di assistenza individualizzato e la rivalutazione, svolgendo il ruolo di raccordo tra gli attori delle suddette fasi e con altri soggetti di volta in volta interessati od interessabili alle medesime.

Il Case Manager verifica, inoltre, l'eventuale sopravvenienza delle cause di esclusione o di sospensione del beneficio indicate al successivo punto 9.

Il Piano di Assistenza Individualizzato è predisposto dal Servizio Sociale comunale competente, attraverso il Case Manager e deve contenere:

- gli obiettivi generali ed obiettivi specifici, riferiti questi ultimi ai diversi attori del progetto;
- la durata prevista;
- il programma degli interventi;
 - il livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale Hub oppure Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012;
- i vincoli negoziati tra le parti;
- gli impegni della famiglia del beneficiario, se esistente o del "caregiver";
 - la responsabilità dei singoli operatori dei servizi della rete per l'attuazione del programma degli interventi;
- i bisogni formativi e/o di addestramento dei caregivers.

Il Piano di Assistenza Individualizzato va aggiornato almeno ogni 4 mesi, in base alle condizioni generali del paziente e della sua famiglia e in tempo utile per valutare le possibili variazioni del percorso assistenziale, nonché in considerazione dell'eventuale variazione del livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

Ad ogni aggiornamento del PAI da parte del Servizio Sociale del Comune di residenza del beneficiario, sarà possibile di modificare la tipologia di contributo da "A" a "B".

Mensilmente per le domande di tipo "B" il referente comunale potrà comunicare che per una determinata mensilità il beneficiario non è in grado di produrre la documentazione comprovante l'ausilio di un sostegno a titolo oneroso e pertanto riceverà il contributo di importo pari alla domanda di tipo "A" per lo stesso livello di stadiazione.

9. GESTIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

L'elenco dei beneficiari diventa definitivo trascorsi i 30 giorni per i ricorsi e dopo la firma del PAI.

Al solo fine del monitoraggio delle risorse complessive necessarie per la gestione della misura e delle eventualità di cui al precedente punto 4, quando i singoli elenchi di Ambito diventano definitivi, il sistema informatico di gestione genera un elenco unico regionale dei beneficiari.

Le domande che perverranno dopo la scadenza fissata nell'Avviso Pubblico saranno comunque ricevute dal Comune - che le invia entro 10 giorni, complete di allegati, trattenendone copia, al Comune Capofila dell'Ambito Sociale di Zona di appartenenza - e i richiedenti, previa verifica di ammissibilità da parte del Comune Capofila dell'Ambito Sociale di Zona, saranno aggiunti, entro 30 giorni dalla presentazione della domanda, all'elenco dei beneficiari nel rispetto dei criteri di cui al precedente punto 4.

L'elenco avrà validità per la durata biennale del programma.

Il diritto dei beneficiari al contributo economico decorre dal mese successivo a quello di pubblicazione dell'elenco provvisorio.

Le variazioni dell'elenco dei beneficiari dovranno essere valorizzate nel sistema informativo del Programma dal Referente comunale di ciascun Comune entro il giorno 10 di ogni mese. Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

Ad ogni variazione dell'elenco di Ambito il sistema informativo di gestione aggiornerà l'elenco unico

regionale.

10. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE

Il ricovero in struttura residenziale di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione del contributo economico per la durata del ricovero stesso.

Il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.

Sono applicabili a questo intervento economico anche le cause di esclusione o di sospensione previste per l'indennità di accompagnamento.

Il beneficiario o chi per lui si impegna a comunicare in autocertificazione secondo le normative vigenti qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro 30 giorni al Comune di residenza.

11. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai fini di cui all'art. 18 del D.lgs. 30 giugno 2003 n° 196, si informa che l'Amministrazione Comunale e le Aziende Sanitarie Locali si impegnano a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite nelle istanze per l'accesso ai benefici. Tutti i dati acquisiti saranno trattati, anche con procedure informatiche, solo per le finalità connesse e strumentali al presente Avviso.

Potenza, li _____

f.to _____