



# Comune di Sparanise

ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9



SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,  
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO

## AVVISO PUBBLICO

### DECRETO DIRIGENZIALE REGIONE CAMPANIA N. 148 DEL 23 OTTOBRE 2017 - AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PROGETTI FINANZIABILI CON IL FONDO MINISTERIALE DI CUI ALLA L. 22 GIUGNO 2016, N. 112 "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE" (AZIONE D).

In esecuzione della determina Rg.n°1042 del 29.11.2019, con il presente avviso si rende noto che la Regione Campania, con proprio DECRETO DIRIGENZIALE N. 148 DEL 23 OTTOBRE 2017, ha ripartito agli Ambiti Territoriali della Regione Campania apposite risorse di cui al fondo ministeriale della L. 22 giugno 2016, n. 112, per la selezione di progetti personalizzati a beneficio di persone con disabilità gravissima ed in assenza del necessario supporto familiare.

Gli interventi finanziati riguardano l'azione d) del DM del 23 novembre 2016, ossia interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3 comma 4, del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 23/11/2016.

Sarà possibile, dunque, procedere all'acquisto di tecnologie domotiche, per la connettività sociale, l'assistive, e per l'ambient assisted living ( come ad esempio gli ausili per l'esercizio di abilità, quelli per la cura e la protezione personale, gli ausili per la casa, per la comunicazione e l'informazione, per manovrare oggetti o dispositivi e quelli per la valutazione, il miglioramento delle condizioni ambientali e l'assistenza alla vita domestica) al fine di favorire la permanenza nel proprio domicilio.

#### SOGGETTI DESTINATARI

I destinatari degli interventi suindicati saranno le persone in possesso dei seguenti requisiti:

- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale C9;
- prive del sostegno familiare o con nucleo familiare di origine in situazione di fragilità.

Le modalità di selezione dei beneficiari seguiranno i criteri indicati nella DG n. 41 del 14.02.2011, nella DG n. 790 del 21/12/2012 e, più in generale, nella L.R. 11/07.

In particolare, nel valutare l'urgenza ex art. 4 del DM del Lavoro e delle Politiche Sociali 23 novembre 2016, si terrà conto delle limitazioni dell'autonomia, dei sostegni che la famiglia è in grado di fornire, della condizione abitativa ed ambientale, delle condizioni economiche della persona con disabilità. Sarà garantita una priorità di accesso in particolare:

- alle persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali;
- alle persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario a una vita dignitosa;
- alle persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

La priorità di accesso sarà altresì determinata tenendo conto dell'ISEE presentato dal richiedente a propria discrezione (ISEE ordinario o ISEE ristretto).

Sarà possibile sostenere la continuità degli interventi, anche in deroga all'età massima, tenendo sempre in considerazione che i beneficiari, di norma, sono persone con disabilità grave non dovuta al naturale invecchiamento o a patologie connesse all'età. Il bisogno espresso va a far parte di una progettazione personalizzata che coinvolga in modo diretto la persona con disabilità e la sua famiglia.

#### PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di ammissione al beneficio, in busta chiusa, dovrà essere indirizzata ai Comuni di residenza per l'invio all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale C9 e avente ad oggetto: "Avviso pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "DOPO DI NOI"- azione d".

**Il termine ultimo di presentazione delle domande è fissato alle ore 12,00 del 22 FEBBRAIO**

Nell'istanza va allegata la documentazione che attesta il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità, oltre che apposito Progetto tecnico per la realizzazione degli interventi richiesti, da sottoporre all'attenzione dell'UVI che valuterà se lo stesso potrà concorrere al miglioramento delle funzioni essenziali del disabile. Il finanziamento materiale degli interventi avverrà a presentazione di idonea documentazione fiscale da parte del richiedente e previa approvazione regionale.

L'Ambito Territoriale C9 si riserva la facoltà di verificare i costi per la realizzazione degli interventi, secondo i correnti prezzi di mercato e di ridurre eventualmente il finanziamento concesso. Ad ogni buon fine, il contributo concesso per la realizzazione degli interventi richiesti terrà conto del numero complessivo di progetti ammissibili, sulla base delle risorse assegnate all'Ambito Territoriale C9, che ammontano a € 19.064,91 e che verranno pertanto ripartite in quota percentuale, equa, tra gli stessi.

Per tutto quanto non riportato nel presente Avviso si rinvia al Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 148 del 23 ottobre 2017 ed al modello di domanda, scaricabili dal sito internet istituzionale del Comune di Sparanise: [www.comunedisparanise.it](http://www.comunedisparanise.it).

Per informazioni relative all'elaborazione dei progetti personalizzati del "Dopo di noi" è possibile rivolgersi anche ai Servizi Sociali dei propri Comuni, nonché a scelta dell'interessato ad Associazione di categoria o rappresentanti del Terzo Settore presenti sul territorio.

Dalla Casa Comunale,

IL COORDINATORE UFFICIO DI PIANO  
AMBITO TERRITORIALE C9  
Dr. Carlo D'Angeli

**Comune di Sparanise**  
La presente è stata pubblicata  
all'Albo Pretorio Online  
dal 21-01-2020 al 21-02-2020  
IL MESSO COMUNALE

SINDACO COMUNE CAPOFILA  
AMBITO TERRITORIALE C9  
Dot. Salvatore Martiello



Sede Ufficio di Piano: Piazza Giovanni XXIII, 1 - Piano Terra - 81056 - SPARANISE  
PEC: protocollo@pec.comunedisparanise.it



Allegato A

*Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi"  
per persone con disabilità senza il necessario supporto familiare  
(Legge 22 giugno 2016, n. 112).*

**MODULO DI DOMANDA**

Al Comune di-----

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di soggetto  
destinatario del beneficio, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ alla via/piazza \_\_\_\_\_

Recapito/i telefonico/i \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Oppure, se impossibilitato alla compilazione e firma

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

In qualità di rappresentante/curatore (specificare: \_\_\_\_\_)

Degli interessi del soggetto destinatario del beneficiario indicato \_\_\_\_\_

Recapito/i telefonico/i \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

visto l'Avviso Pubblico approvato con Decreto Dirigenziale del Direttore Generale della Direzione Politiche Sociali e Sociosanitarie del Decreto Dirigenziale n. 148 del 23/10/2017, e consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di esclusione

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso Pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "Dopo di Noi" per persone con disabilità senza il necessario supporto familiare- **azione d.**

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci **dichiara** di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità ed in particolare, che:

la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92 o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ afferente all'Ambito Territoriale C09;

**dichiara altresì** di essere in una delle seguenti condizioni:

persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori, del tutto priva di risorse economiche reddituali e patrimoniali (certificate dall'ISEE ristretto), non beneficiaria di trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare;

**Breve descrizione delle caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale e familiare.**


**Indicazione del Soggetto con cui si è condivisa la predisposizione del progetto tecnico e preventivo dell'intervento:**

DENOMINAZIONE: \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE: \_\_\_\_\_

PREVENTIVO (DA ALLEGARE): \_\_\_\_\_

--

**Breve illustrazione del progetto di vita autonoma, degli obiettivi con l'indicazione dei servizi e delle prestazioni richiesti a supporto dell'autonomia**


Il/la sottoscritto/a, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del regolamento regionale attuativo n. 2/2006 e s.m.i., autorizza il trattamento dei dati personali da parte degli uffici regionali per le finalità previste.

**Si allega:**

- progetto per l'autonomia personalizzata corredato dal quadro finanziario dettagliato per voci;
- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti;
- certificazione medica attestante che la disabilità non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92 o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980,n. 18;
- certificato dell'ISEE ristretto;
- titolo di proprietà o contratto di locazione dell'abitazione.

*Firma del Richiedente il beneficio*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



*Altre persone di riferimento non conviventi*  
 (altri parenti, rete amicale, vicinato, associazionimo, terzo settore, etc.).

N. Prog.	Nome e cognome	Tipo di Relazione	Tipologia di supporto	Frequenza (quotidiana, sett., mensile, occasionale, etc.)
1				
2				
3				
4				
5				

**Note:**

---



---



---

**C) Referente/Tutore/Amministratore di Sostegno** (la persona che si occupa per la maggior parte del tempo della cura dell'utente e/o ne detiene la tutela giuridica come da Decreto di Nomina Tutore/Amministratore di Sostegno).

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 convivente     familiare     Tutore/Amministratore di sostegno     vicino di casa  
 Età \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**NOTE E INFORMAZIONI c/c Bancari e/o Postali (IBAN- Intestatario del conto, ecc...)**

---



---



---

**MMG:** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Asl \_\_\_\_\_ Distretto Sanitario \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Tipologia di godimento dell'abitazione:

- proprietà       alloggio pubblico assegnato       comodato gratuito  
 in fitto       ospite presso terzi       usufrutto  
 altro \_\_\_\_\_

Dislocazione sul territorio:

- servita  
 poco servita  
 isolata

Barriere architettoniche:

- Piano \_\_\_\_\_ Ascensore     Si     No  
 assenti       solo interne  
 solo esterne     sia interne che esterne

Spazio fruibile:

- sufficiente  
 parzialmente sufficiente  
 non sufficiente

Servizi igienici:

- presenti  
 non adeguati  
 assenti

Riscaldamenti:

- presenti funzionanti  
 presenti non funzionanti  
 presenti mal funzionanti  
 assenti

Note:

---



---



---

**Diagnosi certificata:**

---



---



---

**Bisogno espresso:**

---



---



---



---



---



---




**Descrizione degli Interventi e dei costi relativi all’Azione D: “promuovere interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di tecnologie domotiche, per la connettività sociale, l’assistive e per l’ambient assisted living”**


**Associazione del Terzo Settore Coinvolta:** \_\_\_\_\_

**QUADRO FINANZIARIO**

Tipologia di spesa	Dettaglio	Dettaglio	Totale
Spese per l’acquisto di ausili domotici per l’ambiente domestico e per l’acquisto di ausili tecnologici innovativi per favorire la connettività			
Altre spese, purché motivatamente connesse al perseguimento degli obiettivi del progetto Dopo di Noi e comunque soggette ad approvazione			
<b>TOTALE</b>			

**Totale delle Risorse necessarie per la realizzazione del progetto**

Azione D € _____
Totale € _____

**Verifica e aggiornamento del piano:**

- |   |
|---|
| 1. Valutazione a breve termine: a 4 mesi dall’inizio del progetto |
|---|

L'Utente/tutore

---

Allegati:

- Decreto Nomina Tutore e/o Amministratore di Sostegno
- Copia documentazione c/c Bancario/Postale
- Documento di riconoscimento
- Copia Verbali di Inv. Civ. e Legge n. 104/'92
- Preventivi a supporto dell'autorizzazione del progetto