



## COMUNE DI VOGHERA

Provincia di Pavia

PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

### BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O NON AUTOSUFFICIENTI (D.G.R. n. 7751/2022) ANNO 2023

#### FINALITÀ

Il presente bando disciplina l'erogazione del buono sociale finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare e/o le prestazioni di personale di assistenza regolarmente impiegato, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 7751/2022 (Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024 - annualità 2022 esercizio 2023).

#### DESTINATARI E REQUISITI DI ACCESSO ALLA MISURA

Sono destinatari del buono sociale le persone in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- di qualsiasi età, al domicilio, che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
- in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. n. 508/1988;
- con i seguenti valori massimi ISEE di riferimento: sociosanitario fino a un massimo di € 25.000,00 e ISEE ordinario in caso di minori fino a un massimo di € 40.000,00.

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.

#### STANZIAMENTO

Per l'anno 2023 sono stanziati complessivi € 275.575,00 del Fondo Non Autosufficienze (FNA) 2022: € 137.787,50 per la graduatoria Anziani, € 137.787,50 per la graduatoria Disabili, di cui € 68.893,75 per Disabili adulti, € 68.893,75 per Disabili minori.

In corso d'anno, valutata la disponibilità di eventuali residui su altri interventi, si procederà ad ulteriore assegnazione in base al budget disponibile.

#### TIPOLOGIE DI INTERVENTO

Per assicurare una presa in carico globale della persona con problematiche sociosanitarie e per evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione è di carattere multidimensionale.

Essa è effettuata in maniera integrata tra ASST e Comuni/Ambiti sulla base di appositi protocolli operativi in cui è specificato l'apporto professionale da parte dell'ASST per la componente sociosanitaria che affiancherà quella sociale dei Comuni/Ambiti.

Sarà stilato un Progetto Individuale di Assistenza che contiene l'esito della valutazione sociale e/o multidimensionale della persona, la descrizione dei fondamentali obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona disabile/anziana non autosufficiente e del suo nucleo familiare, le prestazioni assicurate dal caregiver familiare e/o assistente personale.

#### MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE

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

La domanda può essere presentata dal 3 Aprile 2023 al 5 Maggio 2023:

- 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 5 Maggio 2023 non saranno ammesse.

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

Nel caso della certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento (la certificazione deve essere presentata entro il 26.05.2023).

Viene garantita la continuità alle persone beneficiarie nell'annualità precedente del buono Misura B2 – personale di assistenza regolarmente impiegato.

Le domande valutate ammissibili vengono inserite in due graduatorie separate per Anziani e Disabili, quest'ultima articolata per Adulti e Minori, in base all'ISEE crescente.

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

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

Nel caso di residui nel budget delle singole graduatorie si procederà alla riassegnazione in altra graduatoria.

#### ENTITÀ DEL BUONO SOCIALE ED EROGAZIONE

Il buono sociale è erogato per 12 mensilità.

L'intervento decorre dal mese di approvazione delle graduatorie.

L'ammontare del Buono sociale mensile è:

**a. - pari ad € 300,00** per le prestazioni di assistenza assicurate dal solo **caregiver familiare** inserito nel Progetto di Vita Individuale Personalizzato e Partecipato e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza;

**b. - pari ad € 400,00** in caso di **personale di assistenza regolarmente impiegato** anche in presenza di caregiver familiare (l'importo è pari ad € 300,00 nel caso di rapporto di lavoro inferiore alle 18 ore settimanali).

In caso di frequenza di unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali l'importo del buono è ridotto del 50% in ragione della frequenza di dette unità di offerta.

#### DECADENZA E/O SOSPENSIONE

Il beneficiario decade dal diritto per le seguenti cause:

- trasferimento della residenza in altra Regione;
- sottoscrizione di dichiarazioni false e/o inattendibili risultate dai controlli effettuati;
- non rispetto del progetto concordato a seguito di valutazione dell'assistente sociale;
- modifica o perdita dei requisiti e delle condizioni che hanno consentito l'accesso al beneficio.

#### SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE

L'erogazione del buono è vincolata alla sottoscrizione di un progetto individuale.

Il progetto viene elaborato di concerto con la persona e la famiglia secondo le necessità riscontrate dalla valutazione del caso specifico.

La persona e la famiglia sono chiamate a partecipare in modo attivo alla definizione del proprio progetto, pertanto sono tenute a sottoscrivere con il servizio sociale gli impegni previsti dal progetto personalizzato.

Gli impegni contenuti nel progetto personalizzato avranno valore vincolante dal momento della comunicazione dell'assegnazione del buono sociale.

Il Progetto Individuale è sottoscritto oltre che da un referente dell'Ambito anche dalla persona/famiglia - o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica - e trasmesso all'ASST di competenza.

Nel caso di valutazione congiunta con l'équipe dell'ASST, esso è sottoscritto da un referente dell'Ambito, da un rappresentante dell'ASST, dalla persona/famiglia - o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica - e dal responsabile del caso (case manager).

#### 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.

PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

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

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE A FAVORE DELLE PERSONE  
CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA  
(D.G.R. n. 7751/2022) ANNO 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 BUONO SOCIALE**

**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 .....

**Per prestazioni di personale di assistenza impiegato con regolare contratto**

**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 .....

**Dati relativi all'assistente familiare:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
Tipologia contratto e orario dedicato.....  
numero di ore settimanali.....

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;
- in caso di presenza di Assistente familiare: contratto di lavoro stipulato con l'assistente familiare e relativo documento di identità in corso di validità;
- delega in caso di C/C non intestato al beneficiario del contributo.

Nelle more della definizione del processo di accertamento l'istanza può essere comunque presentata (la certificazione mancante deve essere presentata entro il 26.05.2023).

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 gravissima disabilità attualmente:

- è inserita in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale  NO  SI;

(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)

- è inserita in una Unità d'offerta semiresidenziale socio-sanitaria o sociale  NO  SI;

(es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)

Se SÌ per un totale ore settimanale di \_\_\_\_\_

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

- 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

- che si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative alle condizioni economiche, al ricovero in istituto, ai cambiamenti anagrafici ed a qualsiasi altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000);
- nel caso del buono per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare, il richiedente condivide e sottoscrive un progetto individualizzato con l'Assistente Sociale, che è soggetto a verifiche periodiche;
- nel caso del buono per prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto, il richiedente dovrà regolarmente produrre la certificazione dei compensi erogati per sostenere il costo dell'assistente familiare.

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

BANCA ..... filiale .....

C/C n. .... intestato a .....

CODICE IBAN .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_