



## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

### PIANO REGIONALE INTEGRATO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

## Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti di “domiciliarità per anziani non autosufficienti e per la riduzione della residenzialità”

Il Comune di Città di Castello in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n. 1 e in virtù:

- della *Convenzione* ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 267/2000, per la gestione associata delle funzioni, servizi e interventi sociali della Zona Sociale n. 1, stipulata tra i Comuni di Citerna, Città di Castello, Lisciano Niccone, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Pietralunga, San Giustino e Umbertide (Rep. n. 1981 del 12.01.2017) e sottoscritta digitalmente in data 13.02.2017 tra i Comuni della medesima Zona Sociale;
- della Legge n. 104 /92, concernente “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, come modificata dalla legge n. 162 del 21 maggio 1998;
- della Legge n. 328/00 recante: “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- dell’art. 1, della legge n. 296 /2006, (Legge Finanziaria 2007) che al comma 1264, al fine di garantire l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da assicurare su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, istituisce presso il Ministero della Solidarietà Sociale un fondo denominato “Fondo per le non autosufficienze”;
- della Legge Regionale n. 9 del 04 giugno 2008 avente oggetto “Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni (PRINA);
- della legge regionale n. 11 del 09/04/15, “Testo unico in materia di sanità e servizi sociali” e ss.mm.ii ed in particolare il Titolo V, Capo I dello stesso che disciplina il Fondo regionale per la non autosufficienza ed in particolare l’articolo 321 il quale prevede che il suddetto fondo è alimentato, fra le altre, da risorse proprie del bilancio afferenti anche al Fondo Sociale Regionale;
- del Piano Sociale Regionale approvato con DCR n.156 del 07.03.2017;
- della DGR n. 1251 del 30/10/2017 e s.m.i. con la quale è stata approvata la “Linea Guida” in materia di assistenza familiare per le persone anziane in condizione di dipendenza assistenziale o di non autosufficienza, da ora in poi “Linea guida”;

emana il presente Avviso pubblico per la selezione per l’accesso ai benefici concessi a favore di anziani non autosufficienti e per la riduzione della residenzialità.

### Art. 1 - Finalità ed obiettivi

- a) Il presente avviso pubblico finanzia misure volte al rafforzamento del diritto degli anziani a condurre una vita dignitosa, al fine di riconoscere loro indipendenza e partecipazione alla

1



Città di Castello

Zona Sociale 1



## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

vita sociale e culturale, in una prospettiva di invecchiamento “dinamico” basato su un’idea di società per tutte le età, multigenerazionale. Tenuto conto che l’età avanzata costituisce, da sola o in interazione con altri fattori, un ostacolo al pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali e alla piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di parità, si intende migliorare e potenziare l’offerta di prestazioni legate alla cura della persona ed alla sua tutela contribuendo a sostenere la permanenza a domicilio degli anziani non autosufficienti.

- b) Il presente avviso promuove l'incontro tra le diverse responsabilità (familiari, professionali, comunità territoriale ecc..) e tra le diverse generazioni, la crescita di un mercato del lavoro regolare, l’integrazione tra i diversi settori delle politiche sociali, sociosanitarie, del lavoro e della formazione professionale, sostenendo la persona anziana non autosufficiente e la sua famiglia nelle scelte maggiormente rispondenti ai propri bisogni, al fine di incoraggiare l’assunzione di assistenti familiari di promuovere la qualità dell’intervento prestato e di coadiuvare la famiglia nel lavoro di assistenza con l’obiettivo di ridurre il numero di inserimenti in struttura residenziale.

### **Art. 2 –Dotazione finanziaria, oggetto dell’intervento, ammontare e durata del contributo.**

- 1) Il presente avviso si colloca all’interno della programmazione prevista da Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) e del Programma Operativo per la non autosufficienza della Zona Sociale n. 1
- 2) La Zona sociale n. 1 destina per il presente avviso una dotazione finanziaria complessiva di **€ 58.214,79.**
- 3) Con il presente avviso si eroga un contributo alla persona anziana non autosufficiente per lo svolgimento di un progetto personalizzato di *“domiciliarità per anziani non autosufficienti e per la riduzione della residenzialità”* (d’ora in avanti “progetto di *domiciliarità*”) e, ove necessario, sulla base di P.A.P (Progetto Assistenziale Personalizzato) realizzato con i servizi territorialmente competenti per la scelta di uno o più assistenti familiari. La persona anziana non autosufficiente coadiuvata, qualora necessario, dal proprio caregiver, sceglie autonomamente il/i proprio/i assistente/i familiare/i ed è tenuta ad instaurare direttamente con essi un rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente. La responsabilità della scelta dell’assistente familiare e la gestione del relativo rapporto di lavoro (inclusi gli oneri assicurativi e previdenziali) sono esclusivamente a carico della persona anziana non autosufficiente. Fra l’assistente familiare e la persona anziana non autosufficiente non può sussistere vincolo di coniugio, di parentela o affinità entro il secondo grado (linea diretta e collaterale).

2



Città di Castello

**Zona Sociale 1**



## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

- 4) Il contributo è concesso per un importo massimo di € 3.000,00 per l'assunzione, con regolare contratto di lavoro ai sensi della normativa vigente, di un assistente familiare per un orario minimo di 24 ore settimanali e per una durata del rapporto di lavoro di almeno 12 mesi.
- 5) La durata massima del progetto di *domiciliarità* è di 12 mesi.
- 6) Al termine del progetto di *domiciliarità* le persone anziane non autosufficienti risultate beneficiarie potranno continuare e/o rinunciare secondo le loro esigenze/scelte all'apporto dell'assistente familiare. Tuttavia, nel caso decidano di proseguire, le spese saranno a loro completo carico.

### Art. 3 - Destinatari dell'intervento

- 1) Possono presentare domanda di ammissione per la concessione di contributi per la realizzazione di progetti di *domiciliarità* per anziani non autosufficienti le persone che, alla data di presentazione della stessa, sono in possesso dei seguenti requisiti:
  - a) avere compiuto i 65 anni di età;
  - b) essere:
    - b1. cittadini italiani;
    - b2. cittadini comunitari;
    - b3. familiari extracomunitari di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente;
    - b4. cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia (ivi compresi titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.
  - c) godere dei diritti civili e politici. I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria;
  - d) avere un ISEE d'importo pari o inferiore ad Euro 20.000,00 in corso di validità secondo la normativa vigente;
  - e) trovarsi in una delle seguenti condizioni:
    - invalidità civile almeno pari al 75%;
    - accertata condizione di disabilità ex art. 3 e ex art. 4 della legge 104/92<sup>1</sup>

1

Legge 104/1992

Art. 3

1. E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.

3



Città di Castello

Zona Sociale 1



## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

- f) essere residente in uno dei comuni che afferiscono alla Zona sociale n. 1;
- 2) Le persone anziane non autosufficienti ricoverate presso una struttura residenziale possono presentare domanda solo ai fini del superamento della residenzialità.
- 3) Non è ammessa la presentazione della domanda da parte delle persone che hanno già presentato e ottenuto il contributo a valere sull'Avviso di cui alla DGC 250 del 18.12.2017, alla DD 338/2018, DD 527/2018, DD 639/2018, DD 937/2018, DD 40/2019;
- 4) Non possono presentare domanda coloro che fruiscono di altri contributi concessi per l'assunzione del medesimo assistente familiare.

### Art. 4 - Termini e modalità per la presentazione delle domande.

- 1) La domanda contenente la proposta progettuale di *domiciliarità* e la relativa richiesta di contributo (di seguito "domanda") dovrà essere presentata dalla persona anziana non autosufficiente in possesso dei requisiti di cui al precedente art. 3 oppure da un familiare in linea retta fino al primo grado, dal coniuge o da chi la rappresenta ai sensi della normativa vigente, con una delle seguenti modalità:
- a) a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di residenza del richiedente;
- b) a mezzo raccomandata a/r all'indirizzo del Comune di residenza del richiedente:
- Comune di Città di Castello: Piazza V. Gabriotti 1, 06012 Città di Castello (Pg);
  - Comune di Citerna: Corso Giuseppe Garibaldi, 43– 06010 Citerna (Pg)
  - Comune di Lisciano Niccone: P.zza della Repubblica, 3 – 06060 Lisciano Niccone (Pg);
  - Comune di Monte Santa Maria Tiberina: Via Santa Croce, 12 – 06010 Monte Santa Maria Tiberina (Pg)
  - Comune di Montone: P.zza Fortebraccio, 3 – 06014 Montone (Pg);
  - Comune di Pietralunga: P.zza Fiorucci, 1 – 06026 Pietralunga (Pg);
  - Comune di San Giustino: P.zza del Municipio, 17 – 06016 San Giustino (Pg);
  - Comune di Umbertide: P.zza Matteotti, 1 – 06019 Umbertide (Pg);
- c) tramite posta elettronica certificata (PEC) secondo le disposizioni vigenti, all'indirizzo del Comune di residenza del richiedente:

---

3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

Art. 4

1. Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'[articolo 3](#), sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'[articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295](#), che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

- [comune.cittadicastello@postacert.umbria.it](mailto:comune.cittadicastello@postacert.umbria.it)
- [comune.citerna@postacert.umbria.it](mailto:comune.citerna@postacert.umbria.it)
- [comune.liscianoniccone@postacert.umbria.it](mailto:comune.liscianoniccone@postacert.umbria.it)
- [comune.montesantamariatiberina@postacert.umbria.it](mailto:comune.montesantamariatiberina@postacert.umbria.it)
- [comune.montone@postacert.umbria.it](mailto:comune.montone@postacert.umbria.it)
- [comune.pietralunga@postacert.umbria.it](mailto:comune.pietralunga@postacert.umbria.it)
- [comune.sangiustino@postacert.umbria.it](mailto:comune.sangiustino@postacert.umbria.it)
- [comune.umbertide@postacert.umbria.it](mailto:comune.umbertide@postacert.umbria.it)

Il Comune di residenza del richiedente provvederà a trasmettere la domanda al Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale 1, per l'istruttoria e la concessione del contributo.

Non sono ammissibili le domande presentate con modalità diverse da quelle sopra indicate. Non è ammessa la presentazione di più domande da parte della stessa persona nell'arco di validità del presente avviso. Nel caso di presentazione di più domande sarà istruita la prima validamente ricevuta in ordine di tempo.

- 2) Ogni domanda potrà essere presentata a partire dal giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale (Albo Pretorio online) del Comune di Città di Castello-capofila della Zona Sociale n.1 - e pertanto dal **23.08.2019 al 31.12.2019**, salvo esaurimento delle risorse disponibili. Ogni 45 giorni saranno espletate le operazioni nel rispetto dei termini stabiliti procedendo ad istruire le domande e a formare la relativa graduatoria con attribuzione del beneficio ai destinatari finali. Ai fini dell'osservanza del suddetto termine farà fede:
- a) la data di ricezione dell'ufficio Protocollo del Comune di residenza del richiedente (compatibilmente con gli orari di apertura dello stesso) nel caso di presentazione a mano;
  - b) la data del timbro postale di spedizione per gli invii effettuati a mezzo raccomandata a.r.;
  - c) la data di avvenuta ricezione per gli invii effettuati a mezzo PEC, attestata rispettivamente dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica ai sensi dell'art. 6 del DPR 11 febbraio 2005 n. 68;
- L'amministrazione comunale non si assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi postali, dei sistemi informatici o comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
- 3) La domanda deve essere presentata utilizzando la modulistica di cui all'allegato **A.1) – Sezione 1** “*Domanda di ammissione – Progetto di domiciliarità*” e **Sezione 2** “*Formulario di progetto personale per la domiciliarità*”, parte integrante e sostanziale del presente avviso. Entrambe le sezioni dell'allegato **A.1)** dovranno essere compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni contenute nei rispettivi modelli, accompagnate dalla documentazione richiesta e debitamente sottoscritte.
- 4) La domanda deve contenere:





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

- a) dati anagrafici della persona anziana non autosufficiente e, se necessario, di chi la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente nonché i recapiti per le comunicazioni dell'amministrazione (indirizzo postale, numero telefonico e indirizzo e-mail);
  - b) dichiarazione di essere cittadini italiani/comunitari/familiari extracomunitari di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente/cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo) esclusi i titolari di visto di breve durata;
  - c) dichiarazione di godimento dei diritti civili e politici ad eccezione dei titolari di *status* di rifugiato o di *status* di protezione sussidiaria;
  - d) autocertificazione di accertato handicap che assume connotazione di gravità (ex art. 3 c. 3 e ex art. 4 legge 104/92, L. n. 104/1992) e /o di invalidità civile almeno al 75%;
  - e) certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente;
  - f) progetto di *domiciliarità* recante: i. gli obiettivi del progetto; ii. la descrizione analitica dello stato in essere della persona e della prevista evoluzione del progetto in termini di maggiore autonomia, accompagnata da documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria di supporto; iii. la descrizione delle necessità della persona anziana non autosufficiente; iv. la tempistica e i costi previsti per l'assistente/i familiare/i; v. la dichiarazione di assunzione di responsabilità nella attuazione del progetto. Nel progetto di *domiciliarità* potranno essere indicati ulteriori costi afferenti alla realizzazione del progetto ma diversi da quelli previsti al precedente art. 2 comma 4 relativi a servizi/interventi erogabili in risposta alle necessità della persona anziana non autosufficiente (ad es. trasporto e mobilità mensa lavanderia ecc.). I suddetti ulteriori costi sono finanziabili esclusivamente con risorse nazionali regionali e locali.
  - g) dichiarazione da parte della persona anziana non autosufficiente oppure da un familiare in linea retta fino al primo grado, dal coniuge o da chi, a tali fini, la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, di piena autonomia nella individuazione del/degli assistente/i familiare/i con il/i quale/i contrarrà un rapporto di lavoro regolare e nell'assunzione dei correlati obblighi derivanti dal ruolo di datore di lavoro.
- 5) Le dichiarazioni dovranno essere rese ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R n. 445/2000 e s.m.i. ed alle stesse dovrà essere allegata copia di un documento di identità, in corso di validità del sottoscrittore e, laddove presente, copia del permesso di soggiorno e/o cedolino di rinnovo. La domanda (comprensiva del progetto per la *domiciliarità* e della relativa richiesta di contributo) di cui al presente articolo, deve essere compilata in ogni sua parte e sottoscritta ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 a pena di inammissibilità.





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

### Articolo 5 – Istruttoria di ammissibilità delle domande, valutazione delle proposte progettuali e approvazione delle graduatorie.

- 1) L'Ufficio di Piano della Zona sociale n. 1 procederà all'istruttoria formale delle domande pervenute in base all'ordine cronologico di ricezione delle stesse.
- 2) Al termine dell'istruttoria formale avente ad oggetto i requisiti di cui agli art. 3 e 4 del presente avviso ciascuna domanda potrà risultare:
  - a) ammessa a successiva valutazione tecnica;
  - b) non ammessa con motivazione.
- 3) Qualora la domanda risulti non ammessa ai sensi del comma 2, lett. b) del presente articolo, il provvedimento motivato di non ammissibilità del progetto per la "domiciliarità" sarà comunicato all'interessato tramite apposita notifica scritta.
- 4) Le domande risultate ammissibili saranno sottoposte a successiva verifica di coerenza e valutazione tecnica ai fini della loro collocazione in ordine di priorità.
- 5) La verifica di coerenza ha ad oggetto gli obiettivi indicati nel progetto di "domiciliarità", le prestazioni richieste e i tempi previsti per la loro attivazione, anche sulla base delle informazioni relative ai servizi e agli interventi sociali e socio-sanitari già in atto. Se il progetto evidenzia situazioni particolari potranno essere chieste integrazioni al medesimo al fine di definire possibili soluzioni concertate.
- 6) Le domande che risultano incoerenti sono dichiarate non ammissibili a finanziamento (rigetto motivato della domanda).
- 7) Alle domande ritenute coerenti, In sede di valutazione tecnica saranno attribuiti i punteggi come segue:
  - a) presenza nello stato di famiglia di altri componenti in possesso dei requisiti previsti all'art. 3 comma 1 lett.e), attestata da apposita documentazione, da allegare alla domanda: 1 punto per ciascun altro componente;
  - b) situazione reddituale ISEE:
    - fino ad € 5.000,00: 4 punti;
    - da € 5.001,00 ad € 10.000,00 3 punti;
    - da € 10.001,00 ad € 15.000,00: 2 punti;
    - da € 15.001,00 ad € 20.000,00: 1 punto;
  - c) orario di lavoro dell'assistente familiare:
    - a tempo pieno: 1 punto;
  - d) famiglia monoparentale: 1 punto.A parità di punteggio conseguito la priorità verrà data in base all'ordine cronologico di ricezione. Le domande saranno finanziate fino ad esaurimento delle risorse.
- 8) Le fasi di verifica dell'ammissibilità, coerenza e valutazione tecnica dovranno concludersi entro un massimo di 30 giorni dalla ricezione della domanda con:





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

- provvedimento di ammissibilità del progetto e finanziamento del medesimo;
  - provvedimento di ammissibilità del progetto e non finanziamento del medesimo per esaurimento delle risorse disponibili;
  - rigetto motivato del progetto per difetto di coerenza.
- 9) L'elenco contenente gli esiti di cui al precedente comma dovrà essere pubblicato entro e non oltre 40 giorni dal termine finale di presentazione delle domande di cui all'art. 4 c. 2, nel rispetto delle norme vigenti. Il provvedimento motivato di rigetto per difetto di coerenza verrà comunicato all'interessato tramite apposita notifica scritta.
- 10) L'amministrazione comunale comunicherà ai destinatari il termine entro il quale dovrà essere sottoscritto il "*Patto Assistenziale Personalizzato*" di cui al successivo articolo 6 comma 2 a pena di decadenza. Quest'ultimo dovrà essere sottoscritto dalla persona anziana non autosufficiente oppure da un familiare in linea retta fino al primo grado, dal coniuge o da chi la rappresenta ai sensi della normativa vigente.

### **Art. 6 – Spese ammissibili, modalità e tempi di erogazione del contributo e rendicontazione**

- 1) Sono ammissibili le sole spese sostenute e quietanzate dalla persona anziana non autosufficiente per la retribuzione della prestazione di lavoro dell'assistente familiare assunto con regolare contratto di lavoro.
- 2) La persona anziana non autosufficiente beneficiaria, entro 30 giorni dalla sottoscrizione del *Patto Assistenziale Personalizzato* dovrà comunicare l'avvio del progetto presentando copia di regolare contratto di lavoro con un assistente familiare e comunicazione obbligatoria all'Inps di inizio del rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente, e, nell'ipotesi di ricovero presso una struttura residenziale, presentando anche la lettera di dimissioni dalla stessa, a pena di decadenza salvo proroga autorizzata dall'Ufficio di Piano dietro motivata richiesta.
- 3) Ai fini della rendicontazione delle spese ammesse nel provvedimento di concessione e dell'erogazione della quota di contributo di cui al comma 1, la persona anziana non autosufficiente, o chi, a tali fini, la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, presenta all'amministrazione comunale (Ufficio di Piano), la seguente documentazione:
- a) contratto di lavoro sottoscritto e comunicazione obbligatoria all'Inps di inizio di rapporto di lavoro nel rispetto della normativa;
  - b) cedolini dello stipendio (buste paga) quietanzati e documenti utili ad attestare che il pagamento sia stato effettuato mediante strumenti finanziari tracciabili, cioè assegni non trasferibili, bonifici, altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico.
  - c) report/timesheet delle attività svolte dall'assistente domiciliare sottoscritti da quest'ultimo/a e dal destinatario datore di lavoro e/o da chi lo rappresenta.
- 4) Il contributo è erogato secondo le seguenti modalità, salvo diversa disposizione prevista dal provvedimento di concessione:







## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

- a) il 20% del contributo concesso a seguito della presentazione della documentazione di cui al comma 1;
- b) il 35 % del contributo concesso a seguito di rendicontazione del 20% di cui alla lett. a);
- c) il 35% del contributo concesso a seguito di rendicontazione del 35% di cui alla lett. b);
- d) il restante 10% del contributo concesso, previa positiva determinazione da parte dell'Ufficio di Piano, a seguito di rendicontazione analitica di tutte le spese ammissibili sostenute e documentate entro due mesi dal termine di conclusione del progetto di domiciliarità.

### **Art. 7 - Decadenza, sospensione e revoca del contributo**

- 1) Tutti i requisiti previsti all'art. 3, c. 1 devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda.
- 2) Per tutta la durata del progetto è richiesto il mantenimento dei requisiti di cui all'art. 3 comma 1 lett. b) c) d) ed e) nonché della residenza in uno dei Comuni della Regione Umbria, pena la decadenza dal contributo a decorrere dalla data della perdita dei suddetti requisiti. Qualora nel periodo intercorrente tra l'avvio e il termine di conclusione del progetto intervenga la perdita dei suddetti requisiti, il destinatario del contributo dovrà darne comunicazione scritta all'Ufficio di Piano del Comune capofila di Zona sociale 1 entro 15 giorni.
- 3) Qualora nel periodo intercorrente tra l'avvio e il termine di conclusione del progetto intervengano fatti o eventi che vadano ad incidere sulla realizzabilità dello stesso l'amministrazione comunale si riserva di disporre la rimodulazione o la sua conclusione anticipata. Il destinatario del contributo dovrà darne comunicazione scritta a all'Ufficio di Piano del Comune capofila di Zona sociale entro 15 giorni. A decorrere da tale comunicazione, l'amministrazione procederà a rivalutare il progetto, eventualmente procedendo alla sospensione del progetto fino all'esito della rivalutazione. Il contributo verrà sospeso anche nel caso di ricoveri superiori a tre mesi e inferiori a sei presso una struttura residenziale o protetta. Qualora la permanenza nella struttura residenziale superi i sei mesi il destinatario dell'intervento decade dal beneficio concesso.
- 4) Nelle ipotesi di dichiarazione false o mendaci ai sensi dell'art. 74 del D.P.R. 445/2000, relative ai requisiti di cui al comma 1, il contributo sarà revocato e dovranno essere restituite le somme eventualmente già erogate, oltre agli interessi legali. Nelle ipotesi di cui ai commi 2) e 3) del presente articolo saranno riconosciute al destinatario del contributo solo le spese di cui al precedente art. 6 comma 1 quietanzate e sostenute fino al mese precedente la data della decadenza o la data di conclusione anticipata del progetto.
- 5) Qualora a seguito di controlli e verifiche effettuate ai sensi del successivo art. 8 saranno riscontrate inadempienze nella realizzazione del progetto e negli adempimenti previsti con il presente avviso l'amministrazione comunale procede alla revoca, totale o parziale, del contributo concesso richiedendo la restituzione delle somme già erogate, oltre agli interessi legali, individuate dal provvedimento di revoca.





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

### Art. 8- Controlli e verifiche

- a) Il Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale n. 1, tramite i Servizi/Unità Operative competenti in materia si riserva la facoltà di verificare, in qualsiasi momento, il possesso dei requisiti sopra indicati e dichiarati e di effettuare, ai sensi dall'articolo 71 del DPR n. 445/2000 "*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*", controlli a campione sulla veridicità delle autocertificazioni prodotte nel rispetto della normativa in materia.
- b) Sono previste, da parte del Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale 1 - dalla Regione o di altri soggetti abilitati verifiche e/o controlli in loco, anche senza preavviso, sull'attuazione del progetto personale per la *domiciliarità* degli anziani non autosufficienti e sulla corretta attuazione dell'azione. In particolare, sarà attentamente valutata la coerenza delle attività effettivamente svolte rispetto a quelle dichiarate nel progetto personale per la *domiciliarità*.

### Art. 9 - Informazioni sul procedimento

- 1) Ai sensi della L. 241/1990, e s.m. e i. l'unità organizzativa cui sono attribuiti i procedimenti è l'Ufficio di Piano della Zona Sociale n. 1;
- 2) Il Responsabile del provvedimento finale è a Dott.ssa Zerbato Giuliana, Dirigente della Struttura competente per materia del Comune capofila della Zona sociale 1;
- 3) Il Responsabile del procedimento è la Dott.ssa Scateni Lorenza;
- 4) L'Ufficio presso cui si può prendere visione degli atti del procedimento è l'Ufficio di Piano della Zona Sociale n. 1;
- 5) Il diritto di accesso di cui all'art. 22 della Legge 241/90 e ss. mm. e ii., viene esercitato, mediante esame ed estrazione di copia dei documenti amministrativi con le modalità di cui all'art. n. 25 della citata Legge e del regolamento del Comune di Città di Castello per l'accesso ai documenti amministrativi in attuazione della L. 241/1990.

### Art. 10 - Trattamento dei dati personali

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

beneficio presso il Comune di Città di Castello in qualità di titolare e responsabile.

Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto in base all'art. 7 del D.lgs. 196/2003, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale n. 1.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Settore Politiche Sociali del Comune capofila, Dott.ssa Giuliana Zerbato.

### **Art. 11 - Foro competente**

Per qualsiasi controversia inerente all'attuazione del presente Avviso è competente l'Autorità giudiziaria del Foro di Perugia, in via esclusiva.

### **Art. 12 - Disposizioni finali**

Per quanto non disciplinato dal presente Avviso, si rinvia alla normativa vigente.

---

#### **Allegati:**

**A.1)** -Domanda di ammissione – Progetto di domiciliarità (**Sezione 1**) e Formulario di progetto personale per la domiciliarità (**Sezione 2**).





COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

Allegato A.1) all'Avviso

**Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto di "domiciliarità"  
a favore delle persone anziane non autosufficienti.**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE**

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n. 1 Via/P.zza _____ n.° _____ CAP _____
domiciliato _____ presso _____
CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____
Stato civile <sup>2</sup> _____ Indirizzo email _____
Cittadinanza <sup>3</sup>
cittadino italiano;
cittadino comunitario;
familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;
cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____

<sup>2</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>3</sup> Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.





**COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1**

\_\_\_\_\_ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data \_\_\_\_\_  
titolare di *status* di rifugiato (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data*)  
\_\_\_\_\_;  
titolare di *status* di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_;

**QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
specificare \_\_\_\_\_  
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Comune afferente la Zona sociale n. \_\_\_\_\_ Via /  
P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_ Fiscale \_\_\_\_\_  
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): \_\_\_\_\_

Vista la Determina Dirigenziale \_\_\_\_\_ con la quale è stato approvato l'Avviso pubblico per la selezione di candidature di accesso ai benefici concessi con i progetti per la "domiciliarità" a favore delle persone con disabilità.

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**CHIEDE**

13



Città di Castello

**Zona Sociale 1**



## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

Di essere ammesso in qualità di persona anziana non autosufficiente o in qualità di figlio/a, coniuge, legale rappresentante di ammettere la persona anziana non autosufficiente (Nome \_\_\_\_\_/Cognome \_\_\_\_\_), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte dei servizi territorialmente competenti, alla realizzazione del progetto per *domiciliarità* a favore delle persone anziane non autosufficienti.

A tale fine

### DICHIARA

#### QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Condizione <sup>4</sup>
I°						
II°						
III°						

#### QUADRO C – CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE O DI NON AUTOSUFFICIENZA

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3 e 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da  
\_\_\_\_\_ Con verbale n.

di essere di essere riconosciuto **Invalido civile almeno al 75%** riconosciuta dal  
\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

#### QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE del valore ricompreso tra:

fino ad € 5.000,00

da € 5.001,00 ad € 10.000,00

da € 10.001,00 ad € 15.000,00

da € 15.001,00 ad € 20.000,00

### DICHIARA INFINE

<sup>4</sup> trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- invalidità civile almeno pari al 75%;
- accertata condizione di disabilità ex art. 3 e ex art. 4 della legge 104/92<sup>4</sup>





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

di godere dei diritti civili e politici. *(I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria).*

Di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di Città di Castello in qualità di titolare e responsabile.

Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto in base all'art. 7 del D.lgs. 196/2003, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale n. 1. Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Settore Politiche Sociali del Comune capofila, Dott.ssa Giuliana Zerbato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).**

#### QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

Firma \_\_\_\_\_

15



Città di Castello

Zona Sociale 1



COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

**Sezione 2): Formulario di Progetto personale per la “domiciliarità”**

Il/la sottoscritto/a	
Nome _____	Cognome _____
_____ in qualità di persona anziana non autosufficiente o il/la	
sottoscritto/a	Nome _____
_____ in qualità di figlio, coniuge, legale rappresentante della	
persona anziana non autosufficiente (nome _____ cognome _____)	

**DICHIARA**

di voler realizzare il seguente <b>progetto personale per la domiciliarità:</b>	
<b>I. Obiettivi del progetto e durata dello stesso:</b>	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
<b>II. Condizione attuale:</b>	
▪ Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:	SI NO
▪ beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari	SI NO
Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare),	
_____	
_____	







COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

- Presenza di un assistente familiare, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la “domiciliarità”.

SI NO

Se SI, per un totale di € \_\_\_\_\_ mensili.

- III. **Obiettivi di prevista evoluzione del progetto** connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

---

---

---

---

---

---

---

---

- IV. **Necessità della persona:**

---

---

---

---

---

---

---

---

- Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente familiare nel rispetto della normativa vigente<sup>5</sup>:

SI NO

Generalità dell'assistente familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_ Fiscale \_\_\_\_\_

<sup>5</sup> Tra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l'assunzione dell'assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda.





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

Stato	civile <sup>1</sup>	Cittadinanza	2
<b>V. Tipologia di contratto stipulato e impegno orario mensile (specificare):</b> _____			
<b>VI. Costi previsti:</b>			
• <u>Assistente familiare:</u>			
Stipendio € _____			
Contributi € _____			
Totale busta paga mensile € _____			
Costo totale (totale buste paga per durata in mesi ) € _____			
• <u>Altri costi totale (specificare)<sup>6</sup>: €</u> _____			

### INOLTRE DICHIARA

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente familiare;**
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente familiare** nel rispetto della normativa;
- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di *domiciliarità*.

### INFINE SI IMPEGNA:

- ad uscire dalla struttura residenziale nella quale è ricoverato nell'ipotesi di cui all'art. 3 comma 2 dell'Avviso.
- a rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

<sup>6</sup> Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la domiciliarità quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle relative a servizi/interventi erogabili in risposta alle necessità della persona anziana non autosufficiente (ad es. trasporto e mobilità mensa lavanderia ecc.).

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali ad eccezione di quanto previsto all'art. 3, c. 2 dell'Avviso.





**COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1**

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).**

<p>Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____</p> <p>Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: right;">Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)</p> <p style="text-align: right;">_____</p>
---

**Allegati:**

- 1) copia della certificazione ISEE;
- 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- 3) copia del documento di identità della persona anziana non autosufficiente.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale, figlio, coniuge (nell'ipotesi in cui rappresenta la persona anziana non autosufficiente).





COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

Allegato 2 all'avviso

**Progetto sulla Domiciliarità per anziani non autosufficienti**

**Valutazione tecnica**

**Parere di coerenza**

Seduta Equipe Tecnica in data \_\_\_\_\_ c/o \_\_\_\_\_.  
Progetto personale per la "Domiciliarità" di \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ tel/cell. \_\_\_\_\_  
Persona/familiare di riferimento \_\_\_\_\_

Persona in carico ai servizi del territorio

Si  No

Se sì, servizi coinvolti:

Sociali \_\_\_\_\_

Socio-sanitari \_\_\_\_\_

Attivazione dell'Unità di valutazione multidisciplinare anziani

Si  N

In merito al progetto personale per la "Domiciliarità" di \_\_\_\_\_,  
si prende atto della coerenza degli obiettivi indicati, della sostenibilità delle prestazioni richieste e  
dei tempi previsti per la loro attivazione e realizzazione, anche sulla base delle informazioni relative  
ai servizi e agli interventi sociali e/o socio-sanitari già in atto.

Pertanto, la commissione in base alla valutazione tecnica del progetto esprime:

parere favorevole

parere non favorevole \_\_\_\_\_

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

Composizione Equipe tecnica Zona Sociale 1	
Nome e Cognome	Firma

20



Città di Castello

Zona Sociale 1



COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

--	--

Composizione UMV ASL Umbria 1 - <i>Seduta in data</i> _____	
Nome e Cognome	Firma

Attribuzione del punteggio sulla base dell'art. 5 co. 7 dell'Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di Progetti di Domiciliarità per anziani non autosufficienti e per la riduzione della residenzialità:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

	Presenza di altri familiari con disabilità	Situazione reddituale ISEE	Orario di lavoro dell'assistente familiare	Famiglia monoparentale	Totale
Punteggio					





COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

Allegato 3 all'Avviso

**Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti di  
“domiciliarità per anziani non autosufficienti  
e per la riduzione della residenzialità”  
“PATTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO”**

TRA

Il Comune di Città di Castello, in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n. 1, con sede legale in Piazza Gabriotti n. 1 – Città di Castello (Pg), C.F. 00372420547, rappresentato dalla Dirigente del Settore Politiche Sociali, Dott.ssa Giuliana Zerbato, nata a Valdagno il 08.12.1968,

E

Il/La sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_

*(da compilare se agisce per il tramite di un rappresentante legale o del coniuge o del figlio)*

Il/La sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore, figlio, coniuge ecc...) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

22



Città di Castello

**Zona Sociale 1**



**COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1**

**VISTO**

- L'Avviso Pubblico di selezione per la realizzazione di Progetti di "domiciliarità per anziani non autosufficienti e per la riduzione della residenzialità"
- la domanda di ammissione per la concessione di contributi per la realizzazione di Progetti Domiciliari per Anziani non autosufficienti pervenuta al proprio Comune di residenza in data \_\_\_\_\_, prot. n. \_\_\_\_\_.

**PRESO ATTO**

- del possesso dei requisiti di accesso al contributo;
- della valutazione tecnica e del parere di coerenza positivi espressi in data \_\_\_\_\_ dall'équipe tecnica del Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale n. 1;
- della tipologia degli interventi e delle prestazioni richieste,

**TENUTO CONTO**

- della durata del progetto personale per la "Domiciliarità anziani non autosufficienti" di mesi n. \_\_\_\_\_.
- delle spese ammissibili finanziate, ai fini della realizzazione del Progetto "per la Domiciliarità anziani non autosufficienti", a valere sul PRINA;

**IL COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO IN QUALITA' DI CAPOFILA DELLA ZONA SOCIALE N. 1**

erogherà il contributo economico di € \_\_\_\_\_ concesso con D.D. \_\_\_\_\_, in base a quanto previsto dall'art. 6 (commi 1, 2, 3 e 4) dell'Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di Progetti Personali per la "Domiciliarità Anziani non autosufficienti e per la riduzione della residenzialità".

**DICHIARAZIONI ED IMPEGNI DEL BENEFICIARIO,  
DEL/DELLA FIGLIO/A, DEL CONIUGE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

23



Città di Castello

**Zona Sociale 1**



## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

### DICHIARA:

- di essere a conoscenza di tutto quanto disposto dall'Avviso pubblico richiamato in premessa;
- di accettare il contributo pari ad € \_\_\_\_\_;
- di essere a conoscenza che, in caso di inottemperanza delle obbligazioni assunte mediante il presente Patto Assistenziale Personalizzato l'Amministrazione comunale, responsabile del procedimento, potrà in qualunque momento provvedere alla revoca del finanziamento riconosciuto per la prestazione del servizio, con l'obbligo conseguente per il destinatario di restituire all'amministrazione stessa i contributi erogati, maggiorati degli interessi legali, secondo le modalità previste dall'Avviso.

Inoltre, entro il \_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA:

- a comunicare l'avvio del Progetto per la "Domiciliarità anziani non autosufficienti";
- a presentare, nell'ipotesi di ricovero presso una struttura residenziale, la documentazione attestante le dimissioni dalla struttura stessa;
- a presentare tutta la documentazione attinente alle tipologie dei costi previsti dal Progetto per la "Domiciliarità anziani non autosufficienti";
- ad attivare il progetto personale in base agli obiettivi, le modalità e i tempi previsti dal progetto presentato e approvato dalla competente Commissione Tecnica;
- a mantenere il rapporto di lavoro con un assistente familiare almeno 12 mesi per un orario minimo di 24 ore settimanali,
- a rispettare gli adempimenti di natura amministrativa e di rendicontazione delle spese così come previsto all'art. 6 dell'avviso,
- a sottoporsi alle azioni di verifica e controllo, che le autorità deputate potranno realizzare in relazione allo svolgimento delle attività e sull'utilizzo del finanziamento erogato, anche mediante specifiche attività di controllo in loco, garantendo al personale a ciò incaricato il libero e tempestivo accesso alle strutture, come previsto dall'art. 8 dell'Avviso;
- a non percepire, a copertura delle spese sostenute e rendicontate sul progetto di "Domiciliarità per anziani non autosufficienti" altri contributi, finanziamenti o sovvenzioni comunque denominate da organismi pubblici o privati (divieto del doppio finanziamento).

Si impegna altresì a comunicare all'Amministrazione Comunale fatti o eventi che vadano ad incidere sul mantenimento delle condizioni che hanno reso realizzabili il progetto o su una sua eventuale rimodulazione, al fine di non incorrere alla sospensione o decadenza e revoca del contributo, a norma dell'art. 7 dell'Avviso pubblico (comma 1,2,3,4,5).

### IMPEGNI DEL COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO CAPOFILIA DELLA ZONA SOCIALE N.1

24



Città di Castello

**Zona Sociale 1**





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

L'équipe Tecnica del Comune di Città di Castello (capofila della la Zona sociale n. 1) effettuerà:

- controlli e verifiche in qualsiasi momento, anche in loco e senza preavviso sull'attuazione del progetto e sul possesso dei requisiti indicati e dichiarati al momento della presentazione della domanda di accesso al Progetto per la "Domiciliarità anziani non autosufficienti" ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa", nonché di cui all'art. 8 dell'Avviso;
- controlli a campione sulla veridicità delle autocertificazioni prodotte, nel rispetto della normativa in materia;

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Come riportato dall'art. 10 dell'Avviso pubblico tutti i dati personali di cui l'Amministrazione comunale venga in possesso in occasione del presente procedimento verranno trattati nel rispetto degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e l'erogazione del beneficio presso il Comune di Città di Castello in qualità di titolare e responsabile. Il loro conferimento è obbligatorio, pena l'esclusione dal procedimento stesso. I dati forniti potranno essere oggetto di comunicazione ai competenti organi dell'Unione Europea, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e della Regione Umbria, nonché ad altri soggetti pubblici o privati, previsti dalle norme di legge o di regolamento, per lo svolgimento delle rispettive attività istituzionali.

Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati;

### DATA DI AVVIO DEL PROGETTO

Il presente Patto per la "Domiciliarità anziani non autosufficienti" ha durata per tutto il periodo di svolgimento del Progetto personale per la "Domiciliarità Anziani non autosufficienti" dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Il Comune di Città di Castello  
Capofila della Zona Sociale n. 1**

**Il beneficiario-figlio-coniuge-  
legale rappresentante**

