CITTA' DI MONTESILVANO

ALLEGATO D

ACCORDO DI FIDUCIA PER LE RICHIESTE INTERVENTI F.N.A.

(AI SENSI DEL F.N.N.A. 2022-2024 E D.G. Regione Abruzzo n.94 del 07/02/2024)

Ambito Distrettuale Sociale/ECAD: n. 18 - Montesilvano

Distretto Sanitario di Base: Montesilvano (PE)

Servizio competente: U . V . M .

Vista la delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 94 del 07/02/2024 "Indirizzi applicativi del Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024" che fornisce agli Ambiti distrettuali sociali i riferimenti e gli indirizzi per la programmazione e la realizzazione in ambito locale degli interventi e servizi per la disabilità e la non autosufficienza da applicare a decorrere da gennaio 2024;

tra le azioni progettuali del PLNA 2022-24 dell'A.D.S. n.18 Montesilvano sono previsti interventi di Prestazioni economiche per l'assistenza indiretta mediante l'acquisto di prestazioni e servizi (ASSEGNI DI CURA) per la non autosufficienza:

□ **ASSEGNO DI CURA DISABILITÀ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA) E IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER;**

□ **ALTRE PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE AI SENSI DELLE LINEE GUIDA FNNA 2022-2024 (APPROVATE CON DGR. N. 94 DEL 07/02/2024), SPECIFICARE _____**

Considerato che il presente "Accordo di fiducia" è sottoscritto per la corresponsione dell' Assegno di Cura per Persone in condizione di Disabilità Gravissima incluse le persone affette da S.L.A. (sclerosi laterale amiotrofica) e in stato di demenza molto grave affette dal morbo di alzheimer**;**

☐ Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione dell'Assegno di Cura per Persone in condizione di Disabilità Gravissima incluse le persone affette da S.L.A. (sclerosi laterale amiotrofica) e in stato di demenza molto grave affette dal morbo di alzheimer a favore del beneficiario, **risulta essere favorevole**;

☐ Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per l'attivazione del seguente servizio previsto ai sensi del FNNA 2022-2024 specificare: _____ a favore del beneficiario, **risulta essere favorevole;**

AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MONTESILVANO (PE)
Palazzo dei Servizi e della Cultura "E. Baldoni" - Centralino 085.4481500 E-mail: protocollo@aziendaspeciale.it P.IVA 01701210682 / Cod.Fisc. 91071530686 / Codice univoco fatturazione elettronica: UFO3HT / Codice iPA: asissm

Vista la Determina del direttore dell'Azienda speciale per i servizi Sociali del Comune di Montesilvano n._____del _____ con la quale si prende atto dell'elenco degli ammessi a beneficio;

Considerato che l'importo stabilito nel rispetto delle linee guida FNNA 2022-24 per l'assegno oggetto del presente *"Accordo di fiducia"* **ammonta ad € _____ (_____)**

Ritenuto necessario stipulare, nel rispetto di quanto previsto nelle linee guida FNNA 2022-24, apposito "Accordo di fiducia" tra l'ECAD n.18 Montesilvano ed il beneficiario;

L'anno _____il giorno _____del mese di _____presso _____

TRA

il Direttore dell'Azienda Speciale per i Servizi Sociali del Comune di Montesilvano (ECAD n.18) con sede in Piazza I.Montanelli n.1 - Palazzo dei Servizi e della Cultura "E. Baldoni" - 65015 Montesilvano (PE), C.F. 91071530686

E

il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____

il_____C.F._____ residente a _____,

via _____ tel_____

e-mail _____

in qualità di:

☐ BENEFICIARIO

☐ FAMILIARE

☐ TUTORE

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

☐ ALTRO (specificare) _____

del/della Sig/Sig.ra _____ ammesso/a a contributo si stipula il seguente "Accordo di Fiducia":

AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MONTESILVANO (PE)
Palazzo dei Servizi e della Cultura "E. Baldoni" - Centralino 085.4481500 E-mail: protocollo@aziendaspeciale.it P.IVA 01701210682 / Cod.Fisc. 91071530686 / Codice univoco fatturazione elettronica: UFO3HT / Codice iPA: asissm

Il presente "Accordo di fiducia" ha decorrenza dal _____al_____

NATURA DELL'ASSISTENZA:

☐ Assistenza diretta del caregiver

☐ Assistenza tramite operatore esterno

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE:

☐ Acquisto prestazioni e/o servizi

☐ Remunerazione del lavoro di cura del familiare contrattualizzato

☐ Costi per servizi di accompagnamento (Es. visite e/o controlli, centri diurni ecc…)

OBBLIGHI

DELL'ENTE D'AMBITO SOCIALE / AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MONTESILVANO

1- L'AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MONTESILVANO – ECAD n.18 si impegna a versare al beneficiario la somma assegnata di €._____ (_____) in relazione alle reali disponibilità finanziarie ed ai tempi amministrativi richiesti dalla stipula dell' Accordo di Fiducia dopo aver ricevuto la somma da parte della Regione Abruzzo e nei limiti della effettiva disponibilità di cassa.

Le somme saranno versate mediante accredito sul:

Conto corrente ☐ bancario ☐ postale

intestato al beneficiario o cointestato _____

IBAN _____

AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MONTESILVANO (PE)
Palazzo dei Servizi e della Cultura "E. Baldoni" - Centralino 085.4481500 E-mail: protocollo@aziendaspeciale.it P.IVA 01701210682 / Cod.Fisc. 91071530686 / Codice univoco fatturazione elettronica: UFO3HT / Codice iPA: asissm

2- L'AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MONTESILVANO ECAD n.18 si impegna ad erogare n. _____ore settimanali per un totale di n. ____ ore previste nel PAI approvato dall'UVM in data _____per prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale (ADS) / Assistenza domiciliare Integrata (ADI) (*prevista dalle linee guida del FNNA 2022-24 approvate con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 94 del 07/02/2024 "Indirizzi applicativi del Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024" che fornisce agli Ambiti distrettuali sociali i riferimenti e gli indirizzi per la programmazione e la realizzazione in ambito locale degli interventi e servizi per la disabilità e la non autosufficienza da applicare a decorrere da gennaio 2024);*

OBBLIGHI DEL CARE GIVER / BENEFICIARIO

1- Il beneficiario sottoscrittore del presente accordo si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione (decesso, aggravamento della stadiazione della malattia certificata dall'UVM, ricoveri, e qualsiasi altro avvenimento utile relativo al malato);

2- Il beneficiario sottoscrittore del presente accordo si impegna ad assistere la persona con disabilità (SLA/Disabilità Gravissima/Dipendenza Vitale) tramite (barrare l'opzione scelta):

☐ assistente familiare/operatore titolare di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore nella persona di _____;

☐ attraverso l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

Solo in via transitoria:

☐ un familiare caregiver individuato nella persona di _____

3- Il beneficiario sottoscrittore del presente accordo si impegna a dimostrare (Entro i primi tre mesi dall'anno 2027) all'Azienda Speciale per i servizi sociali del Comune di Montesilvano tutte le spese sostenute con l'assegno di cura FNA, attraverso la presentazione dei documenti giustificativi (contratti, cedolini, copia versamenti contributivi, fatture quietanzate, ecc.).

AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MONTESILVANO (PE)
Palazzo dei Servizi e della Cultura "E. Baldoni" - Centralino 085.4481500 E-mail: protocollo@aziendaspeciale.it P.IVA 01701210682 / Cod.Fisc. 91071530686 / Codice univoco fatturazione elettronica: UFO3HT / Codice iPA: asissm

CONTROLLI

Sarà cura dell'Assistente Sociale o Case-manager territorialmente competente verificare trimestralmente il rispetto degli impegni assunti dal beneficiario e rimettere una relazione dettagliata sottoscritta per presa d'atto ed accettazione dal beneficiario.

DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente "Accordo di fiducia" si rinvia a quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 94 del 07/02/2024, di cui il/la beneficiario/a dichiara di essere pienamente a conoscenza.

Il presente Accordo di fiducia, redatto in duplice originale, viene letto, confermato e sottoscritto dalle parti.

Per l'Azienda Speciale per i Servizi Sociali del Comune di Montesilvano
(_____)

DATA_____ **Firma** _____

Il/La Caregiver / beneficiario _____

DATA_____ **Firma** _____

AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MONTESILVANO (PE)
Palazzo dei Servizi e della Cultura "E. Baldoni" - Centralino 085.4481500 E-mail: protocollo@aziendaspeciale.it P.IVA 01701210682 / Cod.Fisc. 91071530686 / Codice univoco fatturazione elettronica: UFO3HT / Codice iPA: asissm