

SOCIETA' DELLA SALUTE ZONA FIORENTINA NORD OVEST

PROCEDURA PER L'ASSEGNAZIONE DEI PROGETTI DI ADATTAMENTO DOMESTICO PER IL SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA'

La delibera della Giunta regionale Toscana n. 1446 del 17/12/2018 fa rientrare gli interventi di adattamento domestico nel percorso di presa in carico della persona con disabilità, come definito dalla DGRT 1449/2017, e riconduce il contributo economico per la realizzazione di tali interventi al Fondo per la non autosufficienza di cui alla L.R. 66/2008.

Le richieste di progetto di adattamento domestico si configurano come **richieste di valutazione** e sono esaminate dall'UVMD integrata da professionisti esperti di accessibilità messi a disposizione dal Centro Regionale per l'Accessibilità.

1. Destinatari e requisiti di accesso al progetto ADA

Il progetto è destinato a persone con disabilità grave in possesso dei seguenti requisiti (DGRT 865/2016):

- a) possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992;
- b) residenza nella Zona-Distretto Fiorentina Nord Ovest e nell'abitazione per la quale si richiede la consulenza.

2. La consulenza tecnica

La consulenza è un documento che contiene l'insieme delle soluzioni progettuali volte a migliorare l'autonomia della persona disabile nella sua abitazione e a facilitare l'eventuale attività di chi presta assistenza.

La consulenza viene redatta a seguito di un sopralluogo effettuato da personale socio- sanitario e da personale esperto in materia di accessibilità.

Le soluzioni proposte nella consulenza riguardano tre aree d'intervento:

- a) **opere edilizie** (ad esempio: rampe per il superamento dei dislivelli, ampliamenti dei vani delle porte, demolizione e ricostruzione di pareti, rifacimento dei bagni);
- b) **arredi e attrezzature** (ad esempio: mobili da cucina ed elettrodomestici accessibili, usabili e sicuri, corrimano e maniglioni, apparecchi sanitari e accessori per il bagno accessibili, usabili e sicuri);
- c) **tecnologie assistive e tecnologie per l'accessibilità e l'automazione dell'ambiente** (ad esempio: dispositivi mobili per la sicurezza della persona, sistemi di automazione dei serramenti e dell'illuminazione, adattamento domotico degli impianti).

3. Criteri per l'accesso al servizio di consulenza

La Società della Salute Fiorentina Nord Ovest può erogare un massimo di 10 consulenze ogni anno. Le domande pervenute dopo l'esaurimento del plafond sono inserite in lista di attesa secondo un ordine cronologico.

4. Il contributo economico

Possono fare richiesta di contributo economico i destinatari di cui al punto 1 che abbiano I.S.E.E. standard o ordinario in corso di validità (ai sensi del D.P.C.M. n.159 del 5 dicembre 2013, come modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito, con legge n. 89 del 26 maggio 2016) non superiore a 36.000,00 euro.

Il contributo economico è da intendersi come cofinanziamento al costo di realizzazione dei seguenti interventi:

- *opere edilizie;*
- *acquisto e installazione di elementi d'arredo, attrezzature e ausili;*
- *acquisto e installazione di strumentazioni, dispositivi e impianti tecnologici; installazione di sistemi domotici.*

I contributi possono essere riconosciuti solo nel caso di presentazione di preventivi relativi ad interventi coerenti con le indicazioni riportate nella consulenza.

I contributi inoltre non possono essere richiesti:

- per interventi già finanziati o in corso di valutazione sulla base delle vigenti disposizioni regionali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche;
- per ausili compresi nel "Nomenclatore tariffario" di cui al Decreto Ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999 o comunque acquisibili attraverso valutazione specialistica del competente servizio del S.S.N.

5. Criteri per l'erogazione del contributo economico

I contributi sono erogati nei limiti del budget annuale stabilito dalla Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, che è pari a € 25.000,00.

Ai fini della determinazione del contributo si fa riferimento a due indicatori:

- gravità delle condizioni della persona disabile, che tiene conto dei fattori personali in rapporto al bisogno di assistenza domestica;
- gravità delle condizioni ambientali, che tiene conto dei fattori ambientali che ostacolano lo svolgimento delle attività domestiche da parte della persona disabile e lo svolgimento dell'eventuale attività di assistenza.

L'entità del contributo erogabile viene determinata anche in base alle diverse fasce di I.S.E.E. standard o ordinario in corso di validità (*ai sensi del D.P.C.M. n.159 del 5 dicembre 2013, modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito, con legge n. 89 del 26 maggio 2016*), della persona disabile, di seguito denominato "ISEE", secondo le modalità sotto indicate:

- con ISEE fino a € 5.999,99 il contributo è compreso tra € 0 e € 4.600,00 e può coprire fino al 100% delle spese complessive;
- con ISEE da € 6.000,00 a € 8.999,99 il contributo è compreso tra € 0 e € 4.200,00 e può coprire fino all'80% delle spese complessive;
- con ISEE da € 9.000,00 a € 11.999,99 il contributo è compreso tra € 0 e € 3.800,00 e può coprire fino al 75% delle spese complessive;
- con ISEE da € 12.000,00 a € 14.999,99 il contributo è compreso tra € 0 e € 3.400,00 e può coprire fino al 70% delle spese complessive;
- con ISEE da € 15.000,00 a € 17.999,99 il contributo è compreso tra € 0 e € 3.000,00 e può coprire fino al 65% delle spese complessive;
- con ISEE da € 18.000,00 a € 20.999,99 il contributo è compreso tra € 0 e € 2.600,00 e può coprire fino al 60% delle spese complessive;
- con ISEE da € 21.000,00 a € 23.999,99 il contributo è compreso tra € 0 e € 2.200,00 e può coprire fino al 55% delle spese complessive;
- con ISEE da € 24.000,00 a € 36.000,00 il contributo è compreso tra € 0 e € 1.800,00 e può coprire fino al 50% delle spese complessive.

I contributi vengono calcolati sull'ammontare complessivo delle spese effettuate da ogni beneficiario, indipendentemente dal numero e dal tipo di interventi realizzati.

6. Modalità di presentazione della domanda di valutazione

Le domande di valutazione, compilate sul modulo allegato al presente documento (allegato 1), devono essere presentate alla segreteria SdS secondo una delle seguenti modalità:

- consegna a mano presso la sede della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, in via Gramsci n. 561, 50019 - Sesto Fiorentino (FI), piano 2° stanza n. 8 (dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00);
- per fax al numero 0556930223;
- per e.mail all'indirizzo sds.firenzenordovest@uslcentro.toscana.it

Le domande di valutazione devono essere sottoscritte dalla persona disabile interessata o, in caso di impossibilità o minore età, da un suo rappresentante (persona che esercita la potestà, la tutela ovvero l'amministratore di sostegno del disabile).

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- copia della certificazione di gravità di cui all'art. 3, comma 3, della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992, della persona disabile interessata;
- copia di documento di identità in corso di validità della persona che sottoscrive la domanda.

Le domande vengono protocollate dalla segreteria SdS

7. Sopralluogo e consulenza

Entro 10 giorni dalla presentazione della domanda, la UVMD chiede al Centro Regionale per l'Accessibilità, di cui alla DGRT n. 7/2018, la messa a disposizione del personale esperto di accessibilità per un approfondimento valutativo in merito all'autonomia domestica e la predisposizione della consulenza per l'adattamento domestico.

Il Centro Regionale per l'Accessibilità concorda col personale sociosanitario della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest le modalità ed i tempi del sopralluogo presso l'abitazione del richiedente.

Durante il sopralluogo è necessaria la presenza della persona disabile interessata.

La consulenza viene recapitata al richiedente con la modalità scelta nel modulo di domanda.

8. La richiesta di contributo: presentazione di preventivi e documentazione tecnica

I partecipanti, al fine di ottenere il contributo economico, entro 60 giorni dalla data di ricevimento della consulenza devono presentare alla Società della Salute Fiorentina Nord Ovest i preventivi di spesa e la documentazione tecnica degli interventi da realizzare.

Non sono prese in considerazione richieste di contributo economico relative a interventi non coerenti con le indicazioni contenute nella consulenza.

La somma dei singoli preventivi costituisce l'ammontare complessivo delle spese per cui viene effettuata la richiesta di contributo.

I preventivi dovranno essere intestati al richiedente e dovranno essere completi di: dati dell'impresa o del professionista; descrizione delle opere, dei materiali e dei prodotti; costi delle singole voci, laddove individuabili; costo totale comprensivo di aliquota IVA; data.

La data dei preventivi deve essere successiva alla data di ricevimento della consulenza.

I preventivi devono essere preferibilmente accompagnati da documentazione tecnica esplicativa (ad esempio depliant dei prodotti da acquistare o descrizione degli interventi da realizzare, relazioni tecniche ecc.)

I preventivi e la relativa documentazione tecnica devono pervenire ai seguenti recapiti e con le modalità di seguito indicate:

- consegna a mano presso la sede della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, in via Gramsci n. 561, 50019 - Sesto Fiorentino (FI), piano 2° stanza n. 8 (dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00)
- posta raccomandata da inviare all'indirizzo Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, in via Gramsci n. 561, 50019 - Sesto Fiorentino (FI)
- posta elettronica certificata (PEC) direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it

9. Valutazione della documentazione e determinazione del contributo

L'UVMD integrata dai professionisti esperti di accessibilità (c.d. "equipe di Zona" ai sensi dell'allegato A alla DGRT 865/2016), verificata la regolarità dei preventivi e della documentazione presentata, nonché la loro coerenza rispetto alle indicazioni fornite nella consulenza, provvede alla determinazione del contributo.

L'UVMD integrata si riserva di richiedere eventuali integrazioni della documentazione, che devono essere inviate entro e non oltre 10 giorni dalla richiesta.

Al beneficiario vengono inviati la comunicazione contenente l'esito della richiesta di contributo, le condizioni per l'eventuale erogazione e il modulo contenente le modalità di riscossione dello stesso.

10. Presentazione delle fatture quietanzate

Entro 4 mesi dal ricevimento della comunicazione di cui al punto 9 devono essere conclusi gli interventi per cui è stata effettuata la richiesta di contributo e devono essere presentate le relative fatture / documentazioni di spesa quietanzate ai recapiti e con una delle modalità sotto indicate:

- consegna a mano presso la sede della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, in via Gramsci n. 561, 50019 - Sesto Fiorentino (FI), piano 2° stanza n. 8 (dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00)
- posta raccomandata da inviare all'indirizzo Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, in via Gramsci n. 561, 50019 - Sesto Fiorentino (FI)
- posta elettronica certificata (PEC) direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it

Alla documentazione deve essere allegato il modulo, debitamente compilato, con l'indicazione della modalità di riscossione prescelta.

La Società della Salute Fiorentina Nord Ovest si riserva di effettuare verifiche per il controllo della congruità degli interventi rispetto a quanto previsto nei preventivi e nella documentazione tecnica presentata dai richiedenti.

La Società della Salute Fiorentina Nord Ovest si riserva inoltre la facoltà di concedere proroghe al termine sopra indicato ai richiedenti che ne facciano espressa e motivata richiesta.

11. Erogazione dei contributi

Successivamente al completamento delle procedure di cui ai punti precedenti, al beneficiario viene erogato il contributo assegnato. Qualora l'ammontare complessivo delle spese documentate risulti inferiore all'importo totale dei preventivi per cui è stato richiesto il contributo, questo viene ricalcolato sulla base dei criteri di cui al punto 5 del presente documento.

Modulo di domanda

Al Direttore della Società della Salute Fiorentina Nord-Ovest

DOMANDA DI VALUTAZIONE PER PROGETTO DI “ADATTAMENTO DOMESTICO PER L’AUTONOMIA PERSONALE”: CONSULENZE E CONTRIBUTI PER PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE (D.G.R.T. N. 1446 del 17/12/2018)

(scrivere in stampatello negli spazi dedicati)

La/il sottoscritta/o:

Nome

Cognome

Nata/o a:

Comune

Prov.

Nazione.....

Data di nascita:

Giorno.....MeseAnno.....

Codice Fiscale

Residente a:

Comune

Prov.

Via/Piazza n. civico.....

Telefono abitazione: Cellulare:

Email /PEC:.....

IN QUALITA' DI

☐ persona con disabilità in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell’art. 3. Comma 3, della Legge n. 104/1992

OPPURE IN QUALITA' DI

(Barrare una delle tre opzioni e indicare i dati della persona disabile rappresentata)

☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale del minore

☐ tutore o amministratore di sostegno

☐ altro (*genitore, familiare, convivente, parente, ecc.*):

Dati della persona disabile rappresentata:

Nome

Cognome

Nata/o a:

Comune

Prov.

Nazione.....

Data di nascita:

Giorno.....MeseAnno.....

Codice Fiscale

Residente a:

Comune

Prov.

Via/Piazza n. civico.....

Telefono abitazione: Cellulare:

Email /PEC:.....

(persona con disabilità in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992)

Consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e consapevole del fatto che in caso di dichiarazioni mendaci, l'art. 75 della medesima legge prevede la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

CHIEDE

Una **valutazione** della Unità di Valutazione Multidisciplinare per la Disabilità (UVMD) in merito all'adeguamento dell'abitazione in cui risiede la persona con disabilità;

☐ **[barrare solo se]** richiede inoltre di usufruire di un contributo economico per la realizzazione di opere edilizie, acquisto e installazione di elementi di arredo e attrezzature e impianti che saranno previsti dalla consulenza. A tal fine si impegna a presentare entro 60 giorni dal ricevimento della consulenza tecnica i preventivi previsti e ogni altra documentazione necessaria.

DICHIARA

☐ che la persona disabile interessata è residente nell'abitazione per la quale richiede la consulenza;

☐ che il nucleo familiare di convivenza della persona con disabilità interessata, è composto anche dalle seguenti persone con disabilità in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992:

1.Nome.....Cognome.....

Relazione di parentela

2.Nome.....Cognome.....

Relazione di parentela

3.Nome.....Cognome.....

Relazione di parentela

4.Nome.....Cognome.....

Relazione di parentela

☐ che il nucleo familiare di convivenza della persona con disabilità interessata è composto dai seguenti minori:

1.Nome Cognome Età

Relazione di parentela

2.Nome Cognome Età

Relazione di parentela

3.Nome Cognome Età

Relazione di parentela

☐ di aver percepito negli ultimi 12 mesi contributi economici da parte della Società della Salute / Azienda USL per fini assistenziali la cifra complessiva di euro....., in relazione a uno o più dei seguenti progetti:

- fondo regionale per la Non Autosufficienza (L.R. 66/2008)
- progetti Vita Indipendente (decreto dirigenziale 1024/2012, 847/2013 e DGRT 1329/2015);
- contributi per persone affette da SLA (DGRT 721/2009, DGRT 723/2014, DGRT 334/2016);
- contributi per gravissime disabilità (DGRT 664/2017);
- contributi a favore delle famiglie con figli minori disabili (L.R. 82/2015);
- bando accompagnamento al lavoro FSE (decreto dirigenziale 6456/2015);
- contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche negli edifici privati (L.R. 47/1991);
- progetto per il potenziamento dei servizi in materia di disabilità (DGRT 1043/2014);
- altro (specificare):

.....

.....

.....

.....

.....

☐ che la persona disabile interessata è in possesso di I.S.E.E. standard o ordinario in corso di validità (*ai sensi del D.P.C.M. n.159 del 5 dicembre 2013, modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito, con legge n. 89 del 26 maggio 2016*), pari a euro.....;

oppure

☐ che la persona disabile interessata non dispone di attestazione I.S.E.E. standard o ordinario in corso di validità (*ai sensi del D.P.C.M. n.159 del 5 dicembre 2013, modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito, con legge n. 89 del 26 maggio 2016*). Pertanto è consapevole che non potrà beneficiare del contributo economico.

DICHIARA inoltre

☐ di essere a conoscenza che non sono ammissibili richieste di contributi:

- per interventi già finanziati o in corso di valutazione sulla base delle vigenti disposizioni regionali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche;
- per ausili compresi nel "Nomenclatore tariffario" di cui al Decreto Ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999 o comunque acquisibili attraverso valutazione specialistica del competente servizio del S.S.N.

☐ di essere a conoscenza che l'eventuale contributo potrà essere erogato solo dopo l'esecuzione delle opere e/o acquisto e installazione delle attrezzature dietro presentazione di relative fatture / documentazioni di spesa quietanzate.

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI ATTINENTI AL PROGETTO
(barrare una delle opzioni)

- ☐ Indirizzo di residenza della persona disabile interessata;
- ☐ Indirizzo di residenza dell'eventuale rappresentante firmatario della domanda;
- ☐ Altro indirizzo: Nome Cognome

Via/Piazza n. civico

Comune Prov.

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE UTILI

.....

.....

.....

ALLEGA i seguenti documenti:

€ copia della **certificazione di gravità dell'interessato** di cui all'art. 3, comma 3, della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992;

€ copia della **carta d'identità in corso di validità**, o di altro documento equipollente, della persona che sottoscrive la domanda.

Il Richiedente

_____ lì ____/____/_____
(Luogo) (Data) (Firma)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del GDPR – REG. UE 2016/679 “Normativa in materia di protezione dei dati personali”, La informiamo di quanto segue:

I dati personali conferiti saranno trattati nell'ambito di questo procedimento e per le operazioni previste dalla legge. Il trattamento avviene manualmente e con strumenti informatici da parte di personale appositamente incaricato del trattamento dati. L'interessato potrà esercitare in qualsiasi momento il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento, il blocco e la cancellazione, se incompleti, sbagliati o trattati in modo diverso da quanto previsto dalla legge o dal regolamento che disciplina il procedimento per i quali sono stati raccolti o con quanto indicato nella presente informativa.

Il Richiedente

_____ lì ____/____/_____
(Luogo) (Data) (Firma)