



ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA AL DISABILE IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITÀ ANNO 2015

In conformità con quanto stabilito dalla Regione Marche con D.G.R. n. 143/2015 e Decreto n. 42/SPO/2015 i tempi e le modalità di attuazione dell'intervento di assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità per l'anno **2015** sono i seguenti:

□ REFERENTI

- Responsabile del Settore Servizi Sociali della Comunità Montana del Catria e Nerone - Coordinatore A.T.S. n. 3
- Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale Sociale N. 3 -
- Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di residenza

□ PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DA PARTE DI NUOVI UTENTI PER IL RICONOSCIMENTO DELLA SITUAZIONE DI "PARTICOLARE GRAVITÀ"

Il disabile, o la sua famiglia, qualora non sia già in possesso del riconoscimento della particolare gravità, può presentare entro e non oltre il **15 maggio 2015** richiesta di visita al Presidente della Commissione Sanitaria Provinciale presso il Servizio di Medicina Legale dell'Area Vasta capoluogo di Provincia. Non saranno prese in considerazione le domande di soggetti non in possesso dei requisiti inerenti l'età riportati nella DGR 143/15 o presentate dopo il termine stabilito nel presente bando.

Per la domanda vanno utilizzate gli **allegati "E" ed "E/1"** a disposizione presso la Comunità Montana del Catria e Nerone, i Comuni di residenza appartenenti all'A.T.S. n. 3, i Servizi di medicina Legale Area Vasta n. 1 di Fano dell'ASUR allegando:

- attestazione di disabilità in condizione di gravità, rilasciata dalla Commissione socio-sanitaria di cui alla legge 104/92
- autocertificazione dello stato di famiglia, secondo le modalità di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445
- ogni altra documentazione ritenuta idonea ai fini del riconoscimento

Qualora il disabile non venga riconosciuto in situazione di particolare gravità ma la scheda di valutazione "A" riporti un punteggio massimo in almeno due delle quattro condizioni, così raggruppate: 1,2,3,6 oppure 3,4,5,6 può presentare entro il **30 settembre 2015** alla Commissione Sanitaria Provinciale istanza di revisione (utilizzando l'**allegato "H"**)

□ PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO

Il disabile o la sua famiglia presentano domanda di contributo **all'Unione Montana del Catria e Nerone anche tramite il Comune di residenza** entro il giorno **31 agosto 2015** allegando la seguente documentazione:

3.1) utenti già riconosciuti alla data del 31/12/2014

- **allegato "F"** domanda di contributo
- **allegato "C"** dichiarazione di impegno
- **allegato "D"** verifica circa l'attuazione dell'intervento (pena esclusione)
- **allegato "G"** quantificazione delle ore

3.2) nuovi utenti riconosciuti successivamente al 31/12/2014

- **allegato "A"** accertamento dello stato di particolare gravità
- **allegato "F"** domanda di contributo
- **allegato "C"** dichiarazione di impegno
- **allegato "G"** quantificazione delle ore

L'Unione Montana Catria Nerone presenta la richiesta di contributo alla Regione Marche entro il **30 settembre 2015**.

La liquidazione del contributo agli utenti verrà effettuata a seguito dell'effettiva erogazione del finanziamento da parte della Regione Marche.

Cagli, 20/03/2015

Il Coordinatore dell'A.T.S. n. 3
Stefano Cordella