

ALLEGATO 2: SCHEMA DI ACCORDO DI FIDUCIA

ECAD N° ____ / _____

ADS:

SERVIZIO COMPETENTE:

DSB di riferimento: _____

**ACCORDO DI FIDUCIA PER LE RICHIESTA INTERVENTI PLNA 2019
AI SENSI DEL FNNA 2019 (D.G.R. N..... DEL...../..../2019)**

ACCORDO DI FIDUCIA

Vista la delibera della Giunta Regionale n.....del... .."Fondo per la non autosufficienza anno 2019" tra le cui azioni progettuali sono previsti interventi di supporto economico mediante la corresponsione di e/o altre prestazioni per la non autosufficienza:

- a) Assegno per disabilità gravissima per le persone affette da SLA;
- b) Assegno per persone in condizione di disabilità gravissima/dipendenza vitale;
- c) Assegno di cura;
- d) Assegno per la vita autonoma
- e) Altre prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie ai sensi delle linee guida FNNA 2019 (approvate con DGR. N.....), specificare:.....

Considerato che il presente "Accordo di fiducia" è sottoscritto per la corresponsione dell'assegno di cui alla lettera "... ..";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione dell'assegno di "Disabilità gravissima per persone affetta da SLA" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di "....." e, quindi, con un livello di intensità assistenziale "... ..";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione dell'assegno di "Disabilità gravissima/Dipendenza vitale" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di "___" e, quindi, con un livello di intensità assistenziale "... ..";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione dell'assegno di "Assegno di Cura" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di "....." e, quindi, con un livello di intensità assistenziale "... ..";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per l'attivazione del seguente servizio previsto ai sensi delle presenti linee guida PLNA

2019/2021 a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di "....." e, quindi, con un "livello di intensità assistenziale "... ..";

Vista la determina dell'Ufficio di Piano ECAD..... del.....con la quale si prende atto della graduatoria dei beneficiari;

Considerato che l'importo mensile stabilito in relazione alla valutazione multidimensionale della UVM ed al *Piano Assistenziale Individuale (PAI)*, in riferimento all'Atto di indirizzo applicativo, per l'assegno oggetto del presente "*Accordo di fiducia*" ammonta ad €... ;

Preso atto di ulteriori interventi e risorse costitutivi il *budget di progetto* e del PAI (indicare il tipo d'intervento, le risorse umane e finanziarie):.....
.....
.....;

Ritenuto necessario ed urgente stipulare, nel rispetto di quanto previsto dai punti A.8.1, A.8.2, B.1.1 e B.1.2. dell'atto di indirizzo applicativo apposito "*Accordo di fiducia*" tra l'ECAD..... ed il beneficiario;

Tutto ciò premesso

L' anno, il giorno del mese di.....Presso.....

tra

l'ECAD..... (.....), codice fiscale /P.Iva....., rappresentata per le funzioni di cui al presente atto dal Responsabile dell'Ufficio di Piano ECAD....., nato a..... il..... e residente a, in Via....., C.F..... o suo delegato (delega del);

e il

Sig./Sig.ra....., nato/a..... il.....
il..... C.F..... residente a.....,
via..... tel..... fax..... cell.....

indirizzo e-mail..... in qualità di:

- beneficiario
- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno
- altro(specificare).....

del Sig/Sig.ra..... ammesso/a a contributo si stipula il seguente

"Accordo di Fiducia":

DURATA

Il presente "Accordo di fiducia" ha decorrenza dal _____ al _____.

OBBLIGHI DELL'ENTE D'AMBITO SOCIALE

1. L'ECAD si impegna a versare al beneficiario la somma assegnata complessiva di € _____, relativa all'assegno mensile di (indicare la prestazione) _____ in relazione alle reali disponibilità finanziarie ed ai tempi amministrativi richiesti dalla stipula dell'Accordo di Fiducia dopo aver 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 con IBAN _____

conto corrente postale con IBAN _____;

2. L'ECAD.....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 prevista al punto (indicare)... delle linee guida del FNNA 2019.
3. L'ECAD.....si impegna a comunicare l'entità delle prestazioni relative al presente accordo presso i canali telematici di monitoraggio delle prestazioni sociali quali il casellario dell'assistenza - SIUSS e SINA - e altre piattaforme INPS (HCP) ed altri obblighi di legge previsti;

OBBLIGHI DEL BENEFICIARIO

1. Il familiare caregiver o l'assistente familiare si impegna a garantire le prestazioni assistenziali domiciliari adeguate alle esigenze del malato e nel rispetto della dignità dello stesso e, nel caso ritenuto necessario, dietro indicazione del Case Manager o Assistente Sociale referente. **Si impegna a rispettare tutte le clausole attinenti la prestazione concessa secondo le indicazioni riportate nelle Linee guida FNNA emanate dalla Regione Abruzzo;**
2. Il familiare caregiver o l'assistente familiare o il diretto interessato se nelle condizioni adeguate si impegna a garantire le comunicazioni d'obbligo a carico dei beneficiari di budget di cura per la non autosufficienza e per la disabilità grave presso i canali telematici istituzionali previsti per il monitoraggio delle prestazioni assistenziali (es. le prestazioni economiche di "Home Care Premium"), oltre che dare tempestiva comunicazione all'ECAD ed altri uffici sociali territoriali di eventuali e significative variazioni delle proprie condizioni di vita personale e familiare rispetto alla situazione originaria presente al momento della sottoscrizione del presente accordo.

MODALITA' DI ASSISTENZA

Il sottoscrittore del presente accordo si impegna ad assistere il malato di *SLA/Disabilità Gravissima e/o Dipendenza Vitale* o in situazione di *"Non Autosufficienza Grave"* tramite (barrare l'opzione scelta):

- un familiare caregiver individuato nella persona di _____ (se ricorre) con l'impegno, da parte dello stesso, di comunicare tempestivamente ogni variazione (decesso, aggravamento della stadiazione della malattia certificata dall'UVM, ricoveri, e qualsiasi altro avvenimento utile relativo al malato);
- un assistente familiare individuato nella persona di _____ (se ricorre) con l'impegno, da parte del sottoscrittore, di comunicare tempestivamente ogni variazione (decesso, aggravamento della stadiazione della malattia certificata dall'UVM, ricoveri, e qualsiasi altro avvenimento utile relativo al malato) e di inoltrare all'ECAD copia dei versamenti contributivi trimestrali entro 5 giorni dal versamento stesso.

CONTROLLI

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

DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente "Accordo di fiducia" si rinvia a quanto stabilito nelle linee guida regionale FNA 2019-2021 approvate dalla Giunta Regionale, 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'ECAD N°...

Il/La Beneficiario/a
