



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

AVVISO PUBBLICO

PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI UTENTI INTERESSATI A PARTECIPARE AI SOGGIORNI ESTIVI DI GRUPPO PER DISABILI ADULTI IN LUOGHI DI VILLEGGIATURA

- Anno 2018 -

SCADENZA 09.05.2018

In esecuzione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 501/2001, e della Deliberazione di Giunta Regionale n. 418 del 18.07.2017, che definiscono i criteri e il contributo a copertura delle spese di natura sociale per l'erogazione dei soggiorni estivi per disabili a favore delle ASL del Lazio;

Vista la Delibera n. 213 del 05.02.2018 della ASL Roma 4, che provvede ad adottare il proprio regolamento aziendale che disciplina i soggiorni estivi disabili e provvede inoltre a regolamentare la ripartizione del finanziamento regionale tra due tipologie di servizio: soggiorni di gruppo e soggiorni individuali;

Il Consorzio Valle del Tevere intende provvedere all'individuazione dell'utenza da ammettere alla successiva valutazione socio-sanitaria integrata attraverso la UVMD del Distretto RM 4.4, al fine di costituire una graduatoria degli ammessi ai soggiorni di gruppo del medesimo Distretto.

Saranno ammessi il numero di utenti in base alla sostenibilità economica, come da regolamento aziendale sopra citato.

La località marina e le date di partenza dei gruppi (max 3 gruppi per soggiorno di max 12 giorni e max 11 notti – per un max di 12 partecipanti a gruppo), saranno individuate dalla ASL con apposito atto aziendale.

Il numero complessivo dei partecipanti e la loro suddivisione in gruppi, sarà determinato del progetto riabilitativo individuale, dalla valutazione socio-familiare e ambientale, dall'ISEE certificato e dal livello assistenziale dei richiedenti in base a quanto disposto dal regolamento aziendale:

A. Alta intensità assistenziale: rapporto 1 operatore per utente nelle 24 ore.

A. Media intensità assistenziale: 1 operatore ogni 2 utenti.

B. Bassa intensità assistenziale: 1 operatore ogni 3-4 utenti.

Il rapporto utenti operatori sarà individuato dai servizi ASL, che potranno autorizzare eventuali deroghe.

Destinatari e requisiti di accesso

I destinatari del progetto "soggiorni estivi di gruppo" dovranno possedere i seguenti requisiti:

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



**VALLE del
TEVERE**
CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE
97874100585

COMUNI DI
Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE
c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI
06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL
presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

- 1) essere persone disabili residenti nei comuni del Consorzio Valle del Tevere, in carico ai servizi socio-sanitari ovvero inseriti presso una struttura riabilitativa semiresidenziale o non residenziale, per i quali i servizi abbiano espresso una valutazione positiva sull'opportunità di integrare il progetto personale con la fruizione dei soggiorni vacanza;
- 2) avere un'età compresa tra 18 e i 60 anni;
- 3) disporre dell'attestato di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92;
- 4) non beneficiare di altri contributi finanziari da parte di altri soggetti pubblici destinati alla fruizione di soggiorni-vacanza nel periodo estivo nell'anno 2018.

Iter delle Domande

Le domande di ammissione pervenute all'Ufficio di Piano del Consorzio, a seguito di verifica sulla correttezza della documentazione inviata e del possesso dei requisiti previsti dal regolamento aziendale, saranno trasmesse al Distretto Socio-sanitario per la valutazione e definizione della graduatoria degli ammessi.

Costituzione della graduatoria.

Una apposita UVMD nominata dalla ASL, provvederà alla costituzione di una graduatoria distrettuale in base ai criteri di priorità individuati dal Regolamento aziendale approvato con Delibera n. 213 del 05.02.2018 della ASL Roma 4.

La graduatoria elaborata dalla suddetta UVMD sarà poi pubblicata sul sito istituzionale del Consorzio www.consorziovalledeltevere.it

Termini e presentazione delle domande

La domanda di ammissione al progetto, che avrà valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dovrà essere compilata su apposito modulo, allegato al presente Avviso e disponibile presso:

- L'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769 il martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Civitella San Paolo, Piazza Santa Maria, 16, tel. 0765/335121 il mercoledì dalle ore 14:00 alle ore 17:00;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Rignano Flaminio, Piazza IV Novembre, 1, tel. 0761/597940 il lunedì dalle ore 08:30 alle ore 12:30;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede di Capena, c/o la sede comunale, Via Don Minzoni, 6 tel. 06/90376038 il martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
- Scaricabile sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere www.consorziovalledeltevere.it.

La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione, al protocollo generale dell'**Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere – Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello**



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

RM, entro e non oltre le **ore 13.00** del giorno **09.05.2018** tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità. Il plico, oltre al **nome e all'indirizzo del mittente**, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOMANDA DI AMMISSIONE SOGGIORNI ESTIVI DISABILI 2018 – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE**.

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante agenzie di recapito autorizzate, tramite PEC all'indirizzo info@pec.consorziovalledeltevere.it, rimane a totale rischio del mittente.

Farà fede la data o l'ora apposte sul plico dall'addetto del protocollo generale del Consorzio.

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito.

Per la consegna a mano delle domande l'Ufficio di Piano rispetterà il seguente orario di accoglienza: dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,00 – il martedì ed il giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30.

Documenti da allegare alla domanda

Alla domanda dovranno essere allegati i documenti di seguito elencati:

- 1) Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'utente partecipante;
- 2) Certificazione medica rilasciata dal medico di famiglia o dello specialista circa l'opportunità del disabile alla partecipazione al soggiorno estivo (vedi nota esplicativa alla domanda di ammissione);
- 3) Copia dell'attestato di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92;
- 4) Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- 5) Copia di certificazione che attesti lo stato di disabilità (ex L. 104/92) di eventuale altro membro convivente nel nucleo familiare della persona disabile;
- 6) Certificazione sanitaria di eventuali conviventi con il richiedente, che attesti patologie documentate.

Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere Tel.06 90194606 - Fax 06 9089577 –

E-mail direttore@consorziovalledeltevere.it

Il Direttore

f.to Dott.ssa Simonetta De Mattia

Approvato con Determinazione n. 43 del 10.04.2018

Prot. n. 491 del 12.04.2018

E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI UTENTI
INTERESSATI A PARTECIPARE AI SOGGIORNI ESTIVI DI GRUPPO PER
DISABILI ADULTI IN LUOGHI DI VILLEGGIATURA**

ANNO 2018

**SPETT.LE CONSORZIO
VALLE DEL TEVERE**

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060
FORMELLO (RM)

(Da compilare da parte del Genitore/ Tutore del Disabile)

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....

residente in (Comune)..... Prov.

Via CAP.....

tel..... cell. fax.....

e-mail

in qualità di genitore/ tutore di:

(Generalità del disabile)

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascitarapporto di parentela.....

residente in (Comune)..... Prov.

Via CAP

TIPO DI DISABILITA'

.....

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

AUSILIO DI CARROZZELLA

SI

NO

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE
97874100585

COMUNI DI
Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

CHIEDE

che la persona disabile sopra indicata possa essere ammessa alla partecipazione al soggiorno estivo per disabili 2018.

A TAL FINE DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, che la persona per la quale si richiede l'ammissione in graduatoria:

- È in carico ai servizi socio-sanitari;
- Ha un'età compresa tra i 18 e i 60 anni;
- È residente in uno dei Comuni del Consorzio Valle del Tevere;
- Possiede la certificazione di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92;
- È compatibile con i criteri dei soggiorni (vita in comune, attività all'aperto e al mare, ecc.), certificata dal S.S.N.;
- Non usufruisce di altri soggiorni riabilitativi nel 2018 realizzati con contributi pubblici;

Dichiara inoltre che lo stato di famiglia dell'utente è così composto:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE-AMBIENTALE

Dichiara altresì:

che la persona disabile per cui si richiede la partecipazione ai soggiorni estivi convive con genitore/i anziani con più di 70 anni, e/o con gravi patologie documentabili con apposita certificazione sanitaria;

che la persona disabile per cui si richiede la partecipazione ai soggiorni estivi vive sola o con una o più persone addette alla propria assistenza.

SEDE LEGALE
c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI
06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL
presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE
97874100585

COMUNI DI
Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE
c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI
06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL
presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

SITUAZIONE ECONOMICA

Dichiara altresì che il valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), così come risultante dall'attestazione in corso di validità rilasciata dall'INPS ai sensi del DPCM n. 159/2013 e successive modifiche e integrazioni del disabile per cui si richiede la partecipazione ai soggiorni estivi è pari ad €

FRUIZIONE DI ALTRI SERVIZI:

	Non fruire di alcun servizio socio-assistenziale
	Fruire di un Piano Assistenziale ai sensi della L. 20/2006
	Fruire di Servizio di Assistenza Domiciliare oltre le 8 ore/sett.
	Fruire di un Centro Diurno Socio-riabilitativo Distrettuale

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

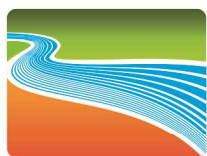
1. Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del richiedente e dell'utente partecipante;
2. Certificazione medica rilasciata dal medico di famiglia o dello specialista circa l'opportunità del disabile alla partecipazione al soggiorno estivo (vedi nota esplicativa alla domanda di ammissione);
3. Copia dell'attestato di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità, ai sensi della legge n. 104/92;
4. Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
5. Copia di certificazione che attesti lo stato di disabilità (ex L. 104/92) di eventuale altro membro convivente nel nucleo familiare della persona disabile;
6. Certificazione sanitaria di eventuali conviventi con il richiedente, che attesti patologie documentate.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio Valle del Tevere, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

Luogo e Data

Firma del genitore/tutore

.....



**VALLE del
TEVERE**

CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI

CODICE FISCALE

97874100585

COMUNI DI

Campagnano di Roma
Capena
Castelnuovo di Porto
Civitella San Paolo
Fiano Romano
Filacciano
Formello
Magliano Romano
Mazzano Romano
Morlupo
Nazzano
Ponzano Romano
Riano
Rignano Flaminio
Sacrofano
Sant'Oreste
Torrita Tiberina

SEDE LEGALE

c/o Comune di Formello
Piazza S. Lorenzo, 8
00060 Formello RM

TELEFONI

06 90194606-607-608
Fax 06 9089577

E-MAIL

presidente@consorziovalledeltevere.it
direttore@consorziovalledeltevere.it
amministrazione@consorziovalledeltevere.it
ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it
info@pec.consorziovalledeltevere.it

NOTA ESPLICATIVA ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE

I richiedenti dovranno produrre una certificazione aggiornata, rilasciata dal medico di base o dallo specialista, che attesti che il paziente:

1. non presenti patologie croniche od acute per cui necessiti di assistenza medica e/o infermieristica;
2. non presenti eventuali allergie a farmaci e/o ad altre sostanze;
3. non presenti intolleranze alimentari, o qualora presenti, indicare le precauzioni da adottare sul piano dietetico o in altri ambiti;
4. non presenti eventuali controindicazioni di salute al soggiorno in località marine;
5. si adatti alla vita di comunità;
6. che non sia nelle condizioni di recare danno a se stesso, agli altri e alle strutture.

LA SUDETTA CERTIFICAZIONE DEVE ESSERE ALLEGATA ALLA DOMANDA.

Coloro che assumono farmaci, di qualsiasi tipo, anche in modo occasionale, dovranno portarne con sé la quantità necessaria al periodo del soggiorno insieme alla **PRESCRIZIONE MEDICA ORIGINALE DEI MEDESIMI FARMACI CON L'INDICAZIONE DEL DOSAGGIO ESATTO E DELLA MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE, a firma del medico curante e dovranno consegnarla al momento della partenza.**

Il giorno della partenza, è inoltre necessario portare le copie di:

- documento di identità in corso di validità;
- libretto sanitario;
- esenzione ticket;
- una nota con tutti i recapiti telefonici dei familiari, cellulari compresi.

Coloro che lo desiderano potranno allegare un elenco degli effetti personali per evitare problemi riguardo ad eventuali smarrimenti durante il soggiorno.

Questo promemoria non deve essere riconsegnato ma deve rimanere agli utenti