

AVVISO PUBBLICO
Delibera n. 1252/CS “Recepimento graduatoria Fruitori FNA”

Visto

Che, in data 17.09.2021, veniva pubblicata all’Albo Pretorio di quest’Azienda la delibera n. 1519/CS avente ad oggetto “Avviso Pubblico per la formazione di una graduatoria per i soggetti beneficiari della quota parte del FNA per l’anno 2017 in favore di persone in condizione di disabilità gravissima di cui all’art. 3 comma 2 del D.M. 26.09.2016”;

Che, con Decreto Dirigenziale n. 11368 del 08.11.2021, il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari ha liquidato il Fondo per la non autosufficienza per l’anno 2017 in favore delle Aziende Sanitarie provinciali della Regione Calabria;

Che, in favore dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia è stata erogata, quale quota parte del FNA dell’annualità 2017, la complessiva somma di € 721.598,85;

Che, in data 12.09.2022, con delibera n. 1252/CS si è provveduto al “Recepimento graduatoria Fruitori FNA”, con l’individuazione di n. 101 beneficiari su n. 137 istanze presentate;

Si dispone quanto segue:

1.- INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI E DURATA DELL’EROGAZIONE DEL BENEFICIO

➤ I beneficiari, il cui elenco è allegato alla delibera n. 1252/CS del 12.09.2022, percepiranno la somma mensile di € 600,00 a far data dal 01/11/2021 sino a 01/11/2022 per complessive n. 12 mensilità.

➤ Il contributo verrà erogato anche ai beneficiari il cui decesso è avvenuto dopo la presentazione della domanda e fino alla data del decesso, nonché a coloro i quali attualmente sono ospiti in una struttura privata, purché i costi di residenza siano a totale carico dell’utente.

2.- OBBLIGHI DEI BENEFICIARI

➤ Il suddetto contributo verrà accreditato sul conto corrente bancario o postale (comunicato nella domanda o successivamente aggiornato) e previa compilazione della dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da fac simile allegato) da redigere obbligatoriamente da parte del diretto interessato oppure dal prossimo congiunto o dal convivente o dall’amministratore di sostegno;

3.- RICORSO

➤ Avverso la decisione dell’Unità di Valutazione Multidimensionale potrà essere presentato ricorso al Commissario Straordinario entro 15 giorni dalla pubblicazione del presente Avviso.

➤ Gli eventuali ricorsi saranno esaminati dall’Unità di Valutazione Multidimensionale nominata con delibera n. 1155/DG del 08.09.2017.

➤ Nelle more di ciò si procederà ad erogare a ciascun beneficiario, previa presentazione della dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da fac simile allegato), quota parte del contributo pari a n. 6 mensilità a titolo di acconto, con ordinativo di pagamento a cura dell’U.O. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie dell’Asp di Vibo Valentia ovvero è facoltà degli aventi diritto chiedere il versamento del contributo in un’unica soluzione soltanto a conclusione della valutazione degli eventuali ricorsi.

➤ Si dà atto che, in caso di accoglimento di eventuali ricorsi tali da pregiudicare la posizione in graduatoria degli aventi diritto, l'Azienda procederà a cura dell'U.O. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie dell'Asp di Vibo Valentia ad attivare le procedure di recupero della quota parte del contributo erogato a titolo di acconto, previa presentazione della dichiarazione sostitutiva di atto notorio da parte dell'interessato.

➤ Esperita tale fase, l'Azienda procederà a cura dell'U.O. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie dell'Asp di Vibo Valentia ad erogare il saldo del contributo agli aventi diritto presenti in graduatoria.

➤ Gli eventuali beneficiari subentranti a seguito dell'accoglimento del ricorso o a seguito di decadenza degli aventi diritto già in graduatoria, percepiranno il saldo dovuto a seguito della conclusione delle procedure di recupero dell'acconto già corrisposto ai soggetti decaduti dal beneficio.

4.- OBBLIGHI PUBBLICITARI E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- Il presente Avviso verrà pubblicato sul sito www.aspvv.it alla sezione "Avvisi e Concorsi".
- Tutti i dati personali verranno trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

**Il Direttore del DSU
Dott. Raffaele Bava**

"RICHIESTA EROGAZIONE CONTRIBUTO - COD. DELIBERA N.

AL DIRETTORE GENERALE
ASP VIBO VALENTIA

Oggetto: **DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO NOTORIO (D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)** per erogazione contributo a favore di persona affetta da **disabilità gravissima**.

Il/la sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

Nat... _____ il _____
(Luogo) (prov.)

Residente a _____ in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

In qualità di:

- diretto interessato
- prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____
- convivente (specificare) _____
- amministratore di sostegno (specificare gli estremi del provvedimento) _____

di _____
(cognome) (nome)

Nato a _____ il _____
(luogo) (prov.)

Residente a _____
(luogo) (prov.)

in via _____ n. _____
(indirizzo)

ai sensi e per gli effetti degli art. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni, e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali,

DICHIARA

- in qualità di diretto interessato di essere vivente;
- in qualità di: prossimo congiunto convivente amministratore di sostegno, che il proprio assistito è vivente oppure è deceduto in data _____
- Che il beneficiario non è stato ricoverato/ospite presso alcuna struttura socio sanitaria o sanitaria di tipo residenziale ovvero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero sollievo che superi i trenta giorni;
- che il beneficiario è stato ricoverato/ospite in una struttura privata con costi di residenza a totale carico dell'utente;
- che il beneficiario è stato ricoverato ricoverato/ospite in una tipologia di strutture sopra menzionata _____ dal _____ al _____

- che il beneficiario non usufruisce di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni, ASP e che l'accettazione del contributo di cura è sostitutivo di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;

Dichiara , altresì

- di accettare il contributo paria a euro 600,00 mensili con decorrenza novembre 2021, impegnandosi a comunicare tempestivamente all'amministrazione pro tempore dell'ASP di Vibo Valentia, il venir meno delle condizioni che riconoscono il diritto al suddetto contributo;

- di accettare il contributo, pari a euro 600,00 mensili, con decorrenza novembre 2021 e fino al per la presente motivazione:.....
.....
.....

Che l'ordinativo di pagamento del contributo di cura spettante, deve essere versato sul conto bancario/postale già indicato nella domanda, ovvero presso il conto bancario/postale intestato a

IBAN.....

Allega:

- Certificato di esistenza in vita del beneficiario
- Certificazione ISEE anno 2021
- Copia documento di identità

Recapiti telefonici.....
.....

Luogo e data.....

IL DICHIARANTE

La sottoscrizione della presente è valida se presentata corredata da copia fotostatica di un documento di identità valido del dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000

Consenso informato

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m.i SI NO

Luogo e data..... Firma.....