

ALLEGATO 2: SCHEMA DI ACCORDO DI FIDUCIA

Ambito Distrettuale Sociale n. _____

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: _____

Distretto Sanitario di Base: _____

Servizio competente: _____

ACCORDO DI FIDUCIA PER LE RICHIESTE INTERVENTI PLNA AI SENSI DEL F.N.N.A. 2018
(D.G.R. N. 534 dell'11 settembre 2019)

ACCORDO DI FIDUCIA

Vista la delibera della Giunta Regionale n. 534 dell'11 settembre 2019 "Fondo per la non autosufficienza anno 2018" 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 2018 (approvate con DGR. N534 dell'11 settembre 2019), 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**;

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione di "*Assegno di Cura*" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole**;

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione di "Assegno per la vita autonoma" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole**;

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per l'attivazione del seguente servizio previsto ai sensi del FNNA 2018 _____ a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole**;

Vista la determina dell'Ufficio di Piano ECAD _____ del _____ con la quale si prende atto dell'elenco degli ammessi a beneficio;

Considerato che l'importo mensile stabilito nel rispetto delle linee guida FNNA 2018 per l'assegno oggetto del presente "Accordo di fiducia" ammonta ad € _____;

Ritenuto necessario stipulare, nel rispetto di quanto previsto nelle linee guida FNNA 2018, 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/la Sig./Sig.ra _____, nato/a _____ il _____
e il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____
residente a _____, via _____

tel. _____ fax _____ cell. _____ indirizzo _____ e-mail _____
_____ in qualità di:

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

del/della 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 di €. _____ in relazione alle reali disponibilità finanziarie ed ai tempi amministrativi richiesti dalla stipula dell'Accordo di Fiducia 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 2018.

OBBLIGHI DEL BENEFICIARIO

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 F.N.N.A. emanate dalla Regione Abruzzo;

MODALITA' DI ASSISTENZA

Il sottoscrittore del presente accordo si impegna ad assistere il malato di SLA/Disabilità Gravissima/Dipendenza Vitale 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'EAS 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 d'atto ed accettazione dal beneficiario.

DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente "Accordo di fiducia" si rinvia a quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta Regionale n. _____ del _____, 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

firma

firma