

Allegato C) alla Determinazione n. 921 Reg. Gen. del 22.06.2023

SCHEMA DI ACCORDO DI FIDUCIA

Ambito Distrettuale Sociale n. 13 "Marrucino"

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: COMUNE DI GUARDIAGRELE

Distretto Sanitario di Base: CHIETI – PTA GUARDIAGRELE

Servizio competente: SERVIZIO SOCIALE

ACCORDO DI FIDUCIA PER LE RICHIESTE INTERVENTI PLNA AI SENSI DEL F.N.N.A. 2021

ACCORDO DI FIDUCIA

Vista la delibera della Giunta Regionale n. dell' "Fondo per la non autosufficienza anno 2021" tra le cui azioni progettuali sono previsti interventi di supporto economico mediante la corresponsione di:

- a) Assegno per disabilità gravissima per le persone affette da SLA;
- b) Assegno per persone in condizione di disabilità gravissima/dipendenza vitale;

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**;

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**;

Vista la determina del Comune di Guardiagrele N° _____ del _____ con la quale si prende atto dell'elenco degli ammessi a beneficio e della relativa graduatoria redatta in base a quanto stabilito dal punto 5. dell'Avviso;

Considerato che l'importo assegnato a carico del FNNA 2021 per l'assegno oggetto del presente "Accordo di fiducia" ammonta complessivamente ad € _____;

Ritenuto necessario stipulare, nel rispetto di quanto previsto nelle linee guida FNNA 2021, apposito "Accordo di fiducia" tra l'Ufficio sociale del Comune di Guardiagrele 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

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:

contocorrente bancario con IBAN _____

conto corrente postale con IBAN _____;

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.

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);

un assistente familiare individuato nella persona di _____ (se ricorre) con l'impegno, 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