|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **COMUNE DI SILVI**  **(Provincia di Teramo)**  **AREA 1 – “AMMINISTRATIVO-CONTABILE”**  **SERVIZI 1.4 - Servizi Sociali - ECAD** |  |

**Ufficio Di Piano- ECAD: Comune di Silvi**

|  |
| --- |
| **PROGETTO SPERIMENTALE IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE**  **FNNA 2022-2024 Fondo anno 2022**  **(DPCM 3 OTTOBRE 2022 DI ADOZIONE DEL PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA, RELATIVO AL TRIENNIO 2022-2024.)**  **CUP: H24H23000480005;**  **ACCORDO DI FIDUCIA**  **Ricordate:**   * la Determinazione del Comune di Silvi Area SCPC-ERP n. 470 del 04.07.2024 con cui è stato approvato ed indetto l’Avviso rivolto ai cittadini residenti nei comuni di Atri Pineto e Silvi e Unione dei Comuni “Colline del Medio Vomano” denominato “*Progetto sperimentale in materia di vita indipendente sperimentale fnna 2022-2024 fondo anno 2022”*, con scadenza 03 agosto 2024; * la determinazione del Comune di Silvi Area SCPC-ERP n. 723 del 15.10.2024 con cui sono stati riaperti i termini per la partecipazione all’avviso ristabilendoli nella scadenza del 30 ottobre 2024 e null’altro modificando; * la determinazione del Comune di Silvi Area SCPC-ERP n.166 del 10.03.2025, con cui si prendeva atto delle risultanze trasmesse dagli UU.VV.MM. competenti per territorio, si approvava l’elenco delle istanze finanziabili secondo ordine di graduatoria nonché l’elenco dei non ammessi, si rimetteva a successivo atto amministrativo l’impegno di spesa a favore degli utenti ammessi al finanziamento; * la determinazione del Comune di Silvi Area SCPC-ERP n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con cui   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Considerato** che l'importo assegnato per il beneficio oggetto del presente "Accordo di fiducia" ammonta complessivamente ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  **Ritenuto necessario** stipulare, nel rispetto di quanto previsto negli indirizzi programmatici regionali, apposito "Accordo di fiducia" tra il Comune di Silvi, in qualità di ECAD dell’ADS N. 23 “Fino Cerrano”, il beneficiario o la persona che ne tutela gli interessi).  **TUTTO CIÒ PREMESSO**  L’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **TRA**  il Comune di Silvi, in qualità di ECAD dell’ADS N. 23 “Fino Cerrano”, rappresentato per le funzioni di cui al presente atto dal Responsabile dell’Ufficio di Piano dott.ssa Elisabetta Rapacchiale,  **E**  la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c.f.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  in qualità di (segnare la voce pertitente):   * beneficiario * familiare tutore amministratore di sostegno altro(specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ammesso/a a contributo,   **SI STIPULA QUANTO SEGUE**   * il Comune di Silvi, in qualità di ECAD dell’ADS N. 23 “Fino Cerrano” si impegna a rimborsare, a cadenze mensili posticipate, la spesa sostenuta per l’assistente personale, dopo la firma del presente accordo di fiducia e previo accredito del finanziamento da parte della Regione Abruzzo e su richiesta di rimborso della parte beneficiaria; * la parte beneficiaria si dichiara consapevole:   + del fatto che il Comune di Silvi, in qualità di ECAD dell’ADS N. 23 “Fino Cerrano” attiverà la procedura dei rimborsi spettanti solo a seguito dell’effettivo incasso del finanziamento da parte della Regione;   + di essere nella possibilità di assumere un assistente personale anticipando la relativa spesa, la quale verrà rimborsata solo a seguito dell’effettivo incasso del finanziamento da parte della Regione e ad esibizione dei giustificativi della spesa sostenuta;   + che il progetto ha la durata massima di 12 mesi;   + che in caso di decesso l’erogazione del contributo verrà interrotto;   + che la misura come da Avviso di riferimento è incompatibile con progetti di Vita Indipendente regionale ai sensi della L.R. Regione Abruzzo 23 novembre 2012 n. 57; progetti del Dopo di Noi; percorsi assistenziali individualizzati, sostenuti con assegni di cura, per i quali l’obiettivo dell’assistenza socio-assistenziale è prevalente rispetto all’obiettivo dell’autonomia per la quale occorre la capacità di autodeterminazione;   + che l’ammissione ad altre forme di progettualità/prestazioni può comportare il decadimento del beneficio a cui si è stati ammessi e/o l’invito alla scelta della misura di maggiore convenienza per il destinatario; * la parte beneficiaria si impegna: * a presentare all’Ufficio protocollo del Comune di Silvi a mano oppure all’indirizzo [ufficio.protocollo@pec.comune.silvi.te.it](mailto:ufficio.protocollo@pec.comune.silvi.te.it) la seguente documentazione:   + contratto assunzione assistente personale;   + mensilmente la documentazione comprovante la spesa sostenuta; * a comunicare all’Ufficio protocollo del Comune di Silvi a mano oppure all’indirizzo [ufficio.protocollo@pec.comune.silvi.te.it](mailto:ufficio.protocollo@pec.comune.silvi.te.it) ogni variazione che incida sul beneficio (per es. ricovero temporaneo o definitivo in struttura, variazione residenza del beneficiario, ammissione ad altra progettualità…), * la parte beneficiaria chiede che il contributo venga versato sul conto corrente intestato al beneficiario:   IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   * 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; * per quanto non espressamente previsto dal presente "Accordo di fiducia" si rinvia a quanto stabilito nelle PNA regionale 2022-2024 approvate dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 149 del 20.03.2023 e nel pieno rispetto del PNNA 2022-2024 (DPCM 3 ottobre 2022), di quanto stabilito nella legge di bilancio 2022 n. 234/2021, di quanto previsto nell’avviso locale di riferimento, di cui il/la beneficiario/a dichiara di essere pienamente a conoscenza. Il presente Accordo di fiducia, viene letto, confermato e sottoscritto dalle parti.   Si allega:   1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità del beneficiario /tutore/amministratore di sostegno;   Il presente Accordo di fiducia, viene letto, confermato e sottoscritto dalle parti**.**  **Il Responsabile Ecad dell’ADS n. 23 “Fino-Cerrano”**  **Dott.ssa Elisabetta Rapacchiale**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Il beneficiario /tutore/**  **amministratore di sostegno**  **Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **L’assistente sociale del Comune di residenza**  **Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |