



**Ambito Distrettuale Sociale 14 – Alto Vastese**  
**ECAD - Comune di Monteodorisio**  
**Provincia di Chieti**

Ufficio di Piano

**Allegato B**

**ACCORDO DI FIDUCIA**

**PER L'ASSEGNAZIONE DI BENEFICI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE PER L'ANNO 2022, DI CUI AL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 17 ottobre 2022 - DGR ABRUZZO N. 307/2023**

Vista la delibera della Giunta Regionale n. 307/2023 “Fondo a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare di cui al decreto del PCM del 17/10/2022” che prevede il seguente intervento:

**Contributo di sollievo una tantum a favore dei caregiver familiari** finalizzati alla fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza continuativa alla persona con disabilità gravissima riconducibili agli interventi declinati alla lettera c). comma 1, dell'art. 2 del Decreto 17 ottobre 2022, “*interventi di assistenza diretta o indiretta per la fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza alla persona con disabilità, attuabili con interventi di sollievo, ad esempio per il fine settimana, che favoriscano una sostituzione nell'assistenza o un ricovero in struttura residenziale aventi carattere di temporaneità*”.

Rilevato che sono presenti i requisiti richiesti dall'Avviso Pubblico per ottenere il **beneficio**;

Rilevato che, all'esito della valutazione della UVM competente per territorio e dell'istruttoria, è risultata nelle posizioni utili in graduatoria al fine di percepire il beneficio, considerate le priorità di accesso previste dall'Avviso Pubblico;

Vista la determina del RUP, n..... del ....., con la quale si approva la graduatoria dei beneficiari e la liquidazione agli aventi diritto;

Considerato che l'importo una tantum spettante, all'esito dell'istruttoria, come da Avviso Pubblico e in riferimento a quanto stabilito dagli Indirizzi Programmatici Regionali, per il contributo oggetto del presente "Accordo di fiducia" ammonta ad €..... da corrispondere in due soluzioni:

- Il 50% dell'importo del contributo di sollievo entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo di fiducia;
- Il saldo entro 30 giorni dalla scadenza dell'Accordo di fiducia, previa verifica del permanere dei requisiti che hanno dato origine all'attribuzione del suddetto contributo.

Ritenuto necessario stipulare, nel rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 dell'Avviso Pubblico e negli indirizzi programmatici, apposito "Accordo di fiducia" tra il caregiver familiare ammesso al contributo e l'ECAD di riferimento in cui sia esplicitato l'impegno a fruire del beneficio economico per garantire la permanenza dell'assistito presso il domicilio individuato, assicurando interventi assistenziali di SOSTITUZIONE utili nella cura del proprio congiunto nel periodo di godimento del beneficio, al fine di conciliare propri momenti di sollievo dal lavoro di cura.

Nel medesimo documento il caregiver individua il tipo di intervento che intende attuare con il



**Ambito Distrettuale Sociale 14 – Alto Vastese**  
**ECAD - Comune di Monteodorisio**  
**Provincia di Chieti**

Ufficio di Piano

contributo (sostituzione nel lavoro di cura anche con individuazione del sostituto laddove possibile e/o ricovero di sollievo temporaneo) e si impegna a comunicare tempestivamente all'ADS qualsiasi mutamento delle condizioni che hanno dato origine al beneficio (variazione di residenza, ricovero in struttura residenziale dell'assistito, decesso).

L'accordo di fiducia ha la durata di mesi 6 (sei) dalla data di sottoscrizione.

**Tutto ciò premesso**

L' anno 202.., il giorno .....del mese di .....,  
presso.....

**TRA**

l'ECAD 14 Comune di Monteodorisio, codice fiscale 83002050694 /P. Iva 00257030692, rappresentata per le funzioni di cui al presente atto dal Responsabile dell'Ufficio di Piano ECAD Sandro D'Ercole, nato a Lanciano, il 07/10/1967 e residente a Scerni, in C. da Bardella;

**E IL/LA**

Sig./Sig.ra ....., nato/a a .....il ..... C.F. ...., residente a  
....., via ....., cell. ....

in qualità di:

CAREGIVER FAMILIARE (ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205)

del/lla Sig./Sig.ra ....., congiunto/a *convivente* in condizione di **disabilità gravissima, definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e valutata dalla UVM competente territorialmente in data....**

**si stipula il seguente "Accordo di Fiducia",:**

**DURATA**

Il presente "Accordo di fiducia" ha decorrenza dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_, s.c.

**OBBLIGHI DELL'ENTE D'AMBITO SOCIALE**

1. L'ECAD Comune di Monteodorisio si impegna a versare la somma assegnata complessiva di € ..... relativa al **CONTRIBUTO DI SOLLIEVO** una tantum, dopo aver dopo aver ricevuto la somma da parte della Regione Abruzzo e nei limiti della effettiva disponibilità di cassa, in due soluzioni:  
- Il 50% dell'importo entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo di fiducia;



**Ambito Distrettuale Sociale 14 – Alto Vastese**  
**ECAD - Comune di Monteodorisio**  
**Provincia di Chieti**

*Ufficio di Piano*

- Il saldo entro 30 giorni dalla scadenza dell'Accordo di fiducia, previa verifica del permanere dei requisiti che hanno dato origine all'attribuzione del suddetto contributo.

Le somme saranno versate mediante accredito sul:

conto corrente bancario con IBAN \_\_\_\_\_

conto corrente postale con IBAN \_\_\_\_\_

intestato al CAREGIVER FAMILIARE beneficiario del contributo.

2. L'ECAD attiva, attraverso il Servizio Sociale Professionale ed il PUA, l'UVM territorialmente competente. L'UVM effettua la valutazione, e, se del caso, elabora il progetto personalizzato con l'assistito ed il suo caregiver familiare, definendo gli obiettivi da raggiungere, gli interventi da attivare, le risorse disponibili, il ruolo del caregiver familiare quale componente a sostegno del budget personale di progetto, gli altri soggetti coinvolti, i tempi e le modalità di verifica.

### **OBBLIGHI DEL BENEFICIARIO**

1. Il familiare caregiver si impegna a fruire del beneficio economico per garantire la permanenza dell'assistito presso il domicilio individuato, assicurando interventi assistenziali di SOSTITUZIONE utili nella cura del proprio congiunto nel periodo di godimento del beneficio, al fine di conciliare propri momenti di sollievo dal lavoro di cura; si impegna a rispettare tutte le clausole attinenti la prestazione concessa secondo le indicazioni riportate negli indirizzi programmatici della Regione Abruzzo;
2. Il familiare caregiver si impegna a dare tempestiva comunicazione all'ECAD ed altri uffici sociali territoriali di eventuali e significative variazioni delle proprie condizioni di vita personale e familiare rispetto alla situazione originaria presente al momento della sottoscrizione del presente accordo;
3. Il familiare caregiver si impegna a comunicare tempestivamente all'ECAD ed altri uffici sociali territoriali eventuali accadimenti, cause di decadenza del beneficio: variazione di residenza, ricovero in struttura residenziale dell'assistito, decesso.

### **MODALITA' DI ASSISTENZA**

Il Caregiver familiare, sottoscrittore del presente accordo, si impegna ad attuare, con il contributo concesso, il seguente intervento (barrare l'opzione scelta, anche entrambe ove ricorra):

sostituzione nel lavoro di cura da parte di un Assistente Familiare / OSS / Inf / altro ..... (indicare), individuato nella persona di \_\_\_\_\_ (indicare ove possibile il sostituto)

attraverso ricovero di sollievo temporaneo presso (indicare ove possibile) il seguente centro/struttura \_\_\_\_\_



***Ambito Distrettuale Sociale 14 – Alto Vastese***  
***ECAD - Comune di Monteodorisio***  
***Provincia di Chieti***

*Ufficio di Piano*

**CONTROLLI**

Sarà cura dell'Assistente Sociale o Case-manager territorialmente competente verificare il rispetto degli impegni assunti dal beneficiario, somministrare questionari anonimi ai beneficiari circa l'utilizzo del contributo, e rimettere una relazione dettagliata all'ECAD, sottoscritta per presa atto e accettazione dal beneficiario, prima della erogazione a saldo del contributo di sollievo.

**DISPOSIZIONI FINALI**

Il presente Accordo di fiducia, redatto in duplice originale, viene letto, confermato e sottoscritto dalle parti.

Per l'ECAD N°14 \_\_\_\_\_

Il Caregiver familiare \_\_\_\_\_