

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.19
COMUNE DI GRAVINA DI CATANIA

COMUNI DI SAN GIOVANNI LA PUNTA – VALVERDE – SAN GREGORIO –
TREMESTIERI ETNEO – MASCALUCIA – SAN PIETRO CLARENZA – CAMPOROTONDO ETNEO-
SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA – NICOLOSI – TRECASTAGNI – VIAGRANDE –

PIANI DI INTERVENTO SERVIZI DI CURA PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – PIANO DI
AZIONE E COESIONE - 1° RIPARTO SERVIZI DI CURA REGIONE SICILIA

AVVISO PUBBLICO
SERVIZI DOMICILIARI IN FAVORE DI ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI

SI INFORMA:

Che il Ministero dell'Interno in qualità di Autorità di gestione dei fondi P.A.C. (Piano di Azione e Coesione) primo riparto ha approvato il Piano presentato dal Distretto Socio Sanitario n. 19.

Pertanto il Distretto intende attivare le procedure per l'erogazione di Buoni di Servizio con le modalità previste nelle linee guida del Ministero dell'Interno con prestazioni di assistenza e di aiuto personale nell'ambito di un piano personalizzato di assistenza, elaborato dall' U.V.M. di concerto con gli uffici del servizio sociale dei Comuni appartenenti al distretto socio – sanitario.

Requisito per accedere al buono:

- Aver compiuto 65 anni di età ;
- Non autosufficienza grave accertato da competente struttura Sanitaria.

Il 50% dei buoni erogabili sarà riservato a soggetti che già usufruiscono di servizi domiciliari garantiti dall'ASP.

I Buoni di Servizi verranno concessi nei limiti del progetto personalizzato e delle risorse finanziarie complessivamente disponibili per tale finalità assegnate al Distretto.

Ciascun Comune individuerà i soggetti assistibili non autosufficienti sulla base delle seguenti priorità:

- 1) Non autosufficienza grave;
- 2) Anziano solo;
- 3) Anziano con carenza di supporto familiare
- 4) Età dell'anziano
- 5) Situazione economica equivalente.

BUONO DI SERVIZIO (voucher), da utilizzare per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari erogate da figure professionali (operatori OSA) da acquisire presso organismi iscritti all'Albo distrettuale dei soggetti accreditati, liberamente scelte dall' utente e/o dalle famiglie.

Al rimborso del buono al soggetto erogatore delle prestazioni provvederà direttamente l'Ufficio Autonomo Speciale L. 328/2000.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA :

- 1) Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza, eventualmente corredato dalla copia della scheda multidimensionale (SVAMA) di cui al decreto sanità 7 marzo 2005;
- 2) **Indicatore Situazione Economica Equivalente (nuovo I.S.E.E.)**, in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS etc....)
- 3) Autocertificazione sulla situazione familiare;
- 4) Fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto che inoltra l'istanza.

TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA:

L'Istanza da formulare secondo specifico modello predisposto dal Distretto Socio-sanitario, dovrà pervenire, al comune di residenza entro il 20 Giugno 2015.

Saranno prese in considerazione le istanze di assistenza domiciliare già in possesso degli Uffici di Servizio Sociale complete della documentazione sopra indicata.

Il modello e ulteriori informazioni possono essere richiesti agli uffici dei servizi sociali di ciascun Comune del Distretto socio – sanitario n .19.

IL SINDACO del Comune Capofila
Rapisarda Dott. Domenico

**Oggetto: Richiesta assistenza domiciliare in favore di anziani non autosufficienti gravi .
Fondi PAC primo riparto anziani.**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Al comune di Ufficio di servizio sociale
Il sottoscritto nato
a il e residente in
via/piazza n., comune
di c.a.p., prov.,
telefono

CHIEDE

Di usufruire del servizio di assistenza domiciliare in favore di anziani non autosufficienti gravi, attraverso l'erogazione del Buono di servizio per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso il distretto socio-sanitario n. 19

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di
- Di essere da solo/a SI /_ / NO /_ /
- Di vivere da solo/a SI /_ / NO /_ /
- Di usufruire di servizio domiciliare erogato dall'ASP di Catania SI /_ / NO /_ /

Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela:

Composizione nucleo familiare

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Data di nascita

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza grave, eventualmente corredato dalla copia della scheda multidimensionale (SVAMA) di cui al decreto sanità 7 marzo 2005;
- 2) **Indicatore Situazione Economica Equivalente** (nuovo I.S.E.E.) , **in corso di validità**, rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS etc....);
- 3) Fotocopia del documento di riconoscimento.

Si ricorda che le autocertificazioni sono dichiarazioni rilevanti dal punto di vista penale, ai sensi dell'art.76, del D.P.R. n.445, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data

Firma

.....

Il sottoscritto/a dichiara inoltre:

1. di essere a conoscenza delle informazioni sui diritti previsti dall'art 7 del D.Lgs. 196/2003 e segg., avente ad oggetto la tutela del trattamento dei dati informativi personali;
2. di prestare il consenso, per le medesime finalità, al trattamento dei dati personali classificabili come "sensibili", ai sensi dell'art. 20 del succitato D.Lgs. N 196/2003 e segg.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, io sottoscritto esprimo il mio consenso al trattamento/comunicazione/diffusione dei miei dati personali limitatamente ai fini ivi richiamati.

Firma _____