



COMUNE DI MONTE DORO

Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta (L.R. 15/2015)

già Provincia Regionale di Caltanissetta

Tel. 0934-934404

IL RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI

Vista la Legge Regionale del 09/05/1986 n. 22;

Vista la Legge del 08/11/2000 n.328;

Vista la Legge Regionale del 31/07/2003 n. 10;

Visto il Decreto Assessoriale della Regione Siciliana del 16 dicembre del 2014 n. 2753/S6 (pubblicato sulla G.U.R.S. del 23 gennaio 2015), che definisce i criteri e le modalità per l'attuazione di un intervento finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di persone non autosufficienti, attraverso i Comuni di residenza;

Vista la nota dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro n. 40888/S6 del 12/12/2018;

RENDE NOTO

che, in applicazione delle norme prima richiamate e nei limiti dello stanziamento disponibile del bilancio regionale, è prevista la prosecuzione dell'intervento finalizzato all'erogazione, attraverso i comuni di residenza di un intervento di sostegno in forma di buono di servizio (voucher) per le famiglie che svolgono assistenza nei confronti di anziani non autosufficienti ultrasettantacinquenni.

FINALITA'

La finalità dell'intervento è quella di favorire la permanenza o il ritorno in famiglia di persone anziane non autosufficienti.

SOGGETTI BENEFICIARI DELL'INTERVENTO

I soggetti beneficiari sono anziani ultrasettantacinquenni non autosufficienti. Le misure sono finalizzate al concorso delle spese sostenute dalla famiglia per la retribuzione di un assistente familiare iscritto all'Albo degli assistenti familiari/badanti, tramite voucher, preposto alla cura dei soggetti sopraindicati ed eventuali misure atte a favorire la permanenza o il ritorno in famiglia degli stessi, quale alternativa al ricovero presso strutture residenziali.

Il voucher è altresì destinato per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed enti no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali, di cui all'art. 26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare, tra gli enti accreditati così come previsto dalle linee guida per l'attuazione del Piano Socio Sanitario della Regione siciliana (D.P.R.S. 4 novembre 2002), liberamente scelti dalle famiglie.

REQUISITI PER ACCEDERE ALL' INTERVENTO

La persona anziana assistita deve:

- aver compiuto i 75 anni di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
- essere cittadino italiano, comunitario o extra comunitario.
- Per i nuclei familiari composti da cittadini stranieri, il beneficiario e il familiare richiedente dovranno essere titolari di carta di soggiorno;

- essere stato dichiarato dalle autorità competenti disabile grave o invalido al 100%
- essere residente in un Comune della Regione Siciliana

Per accedere al voucher è necessario presentare certificazione I.S.E.E. (Indicatore situazione economica equivalente) in corso di validità, con un valore massimo di **EURO 7.000,00**. Alla determinazione di detto indicatore concorrono tutti i componenti del nucleo familiare ai sensi delle disposizioni vigenti in materia.

Possono presentare domanda di accesso al beneficio del voucher:

- a) l'anziano stesso, in grado di gestire le decisioni della propria assistenza e della propria vita;
- b) i familiari, entro il 4° grado, che accolgono l'anziano nel proprio nucleo e che siano residenti nel territorio regionale da almeno un anno dalla presentazione della domanda;
- c) il figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana e che sia residente nello stesso Comune del beneficiario da almeno un anno dalla presentazione della domanda.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande dovranno essere redatte, su specifico schema predisposto dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e delle Autonomie Locali (Allegati A1, A2, A3), secondo le forme della dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e che la stessa deve essere presentata presso il Comune di residenza del beneficiario, con allegata dichiarazione che il soggetto non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio dell'anno di riferimento.

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano non autosufficiente, sia del familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R.445/2000;
- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità, rilasciato dagli uffici abilitati secondo i criteri stabiliti dall'art. 1 del DPCM n.242/01;
- certificazione rilasciata dagli uffici competenti, dalla quale risulti che l'anziano è stato dichiarato invalido al 100% o disabile grave.

TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le domande dovranno essere consegnate al Protocollo del Comune di Montedoro non oltre il

28 Gennaio 2019.

Se la domanda è spedita mediante raccomandata postale, fa fede la data di spedizione.

N.B.) i moduli di domanda potranno essere ritirati presso l'ufficio di Servizio Sociale del Comune di Montedoro.

Le domande e il presente bando sono scaricabili all'Albo Comunale
Per informazioni Tel. 0934-934404.

Montedoro li 08/01/2019



Il Responsabile del Servizio

D.A. n. 2753/S6 del 16/12/2014

**AL COMUNE DI MONTEODORO
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO SETTANTACINQUE
ANNI**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art.46 del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il sottoscritto/a nato/a a il
..... residente in Via n. C.F.
..... tel.

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA

- a) di avere compiuto 75 anni;
- b) di essere inserito all'interno di un nucleo familiare e di essere legato ad almeno un componente di detto nucleo da vincolo di parentela, filiazione o affinità;
- e) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- d) di essere stato riconosciuto disabile grave ovvero di essere invalido al 100%;
- e) che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo n. 109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1 D.P.C.M. 04.04.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore a € 7.000,00 (settemila)

CHIEDE

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI
BUONO SERVIZIO (VOUCHER)**

Il Buono Servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare

A tal fine lo/a scrivente allega alla presente la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità., ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento di un familiare, che parimenti sottoscrive la presente domanda e si impegna a garantire al sottoscritto beneficiario prestazioni di assistenza e di aiuto personale;
- attestato I.S.E.E. riferito al periodo d'imposta 2017 dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100%.

Il sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai

sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.
Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

Data

Firma del richiedente

.....

I sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Firma del Familiare

.....

D.A. n. 2753/S6 del 16/12/2014

**AL COMUNE DI MONTEDORO
UFFICIO DI SERVIZI SOCIALI**

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO
SETTANTACINQUE ANNI**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art.46 del
D.P.R. 28 dicembre 2000, o. 445

Il sottoscritto/a..... nato/a a..... il
..... residente in Via n
C.F..... tel.....

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA

- a) che nel proprio nucleo è presente e convivente per vincolo di parentela, filiazione o affinità il Sig./Sig.ra anziano/a che ha compiuto settantacinque anni e versa in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni di assistenza ed aiuto personale;
- b) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- c) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile grave ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
- d) che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo n. 109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1 D.P.C.M. 04.04.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore a € 7.000,00 (settemila)

CHIEDE

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA DI
BUONO SERVIZIO (VOUCHER)**

Il Buono Servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della L.R. 22186, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare. **A tal fine lo/a scrivente allega alla presente la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:**

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano a cui è rivolto il beneficio;

- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100% .

I sottoscritto/a si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Il sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto. Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

Data

Firma del richiedente

.....

I sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Firma del richiedente

.....

D.A. n. 2753/S6 del 16/12/2014

**AL COMUNE DI MONTEODORO
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN
CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA CHE HANNO COMPIUTO SETTANTACINQUE
ANNI**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art.46 del
D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**

11 sottoscritto/anato/a a.....

il.....residente in.....Vian.....

C.F.....tel.

Figlio non convivente del Sig./a

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA

- a) Di essere figlio, non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana;
- b) di risiedere nello stesso Comune dell'anziano di cui sopra ed è residente nello stesso Comune dell'anziano da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- c) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile grave ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
- d) che il suddetto anziano ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore a 7.000,00;

CHIEDE

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA FORMA
DI BUONO SERVIZIO (VOUCHER)**

Il Buono Servizio (voucher) concesso dovrà essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare.

A tal fine lo/a scrivente allega alla presente la sottoelencata documentazione così come previsto dall'Avviso:

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano a cui è rivolto il beneficio;
- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi Civili attestante l'invalidità civile al 100%.

 sottoscritto/a si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Il sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che

qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto. Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

Data

Firma del richiedente

.....

I sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Firma del richiedente

.....