AVVISO PUBBLICO

CRITERI E MODALITÀ PER L'ATTUAZIONE DI UN INTERVENTO FINALIZZATO ALLA PERMANENZA O RITORNO IN FAMIGLIA DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ATTRAVERSO I COMUNI DI RESIDENZA.

D.A. n. 2753/S6 del 16/12/2014 – G.U.R.S. DEL 23/01/2015

Finalità dell'intervento

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

L'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche sociali e del Lavoro, adotta, con il presente provvedimento e nell'ambito della cornice nazionale e regionale di riferimento finalizzata al potenziamento del sistema delle cure domiciliari, un programma sperimentale di intervento contenente misure volte al concorso alle spese sostenute dalle famiglie per la permanenza o il ritorno in famiglia della persona non autosufficiente.

A tale fine, l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche sociali del Lavoro, in attuazione della previsione contenuta nella lettera c)—bis del comma 1251 dell'art. 1 della legge 296/2006, nei limiti dello stanziamento di bilancio disponibile, prevede, per l'anno 2015, l'erogazione, attraverso i Comuni di residenza, di un intervento di sostegno in forma di un buono di servizio (voucher) per le famiglie che svolgono funzioni assistenziali nei confronti di anziani non autosufficienti come di seguito specificato.

Beneficiari

L'intervento è rivolto agli anziani ultrasettantacinquenni non autosufficienti e persegue misure finalizzate al concorso delle spese sostenute dalla famiglia per la retribuzione di un assistente familiare iscritto all'albo degli assistenti familiari/badanti, preposto alla cura dei soggetti sopra indicati ed eventuali misure atte a favorire la permanenza o il ritorno in famiglia degli stessi, quale alternativa al ricovero presso strutture residenziali.

Per la realizzazione dell'intervento in parola, è stata prevista la concessione di un buono di servizio {voucher) per l'acquisto di prestazioni sociali o socio-sanitarie in favore di soggetti anziani ultrasettantacinquenni affetti da grave e dimostrata disabilità o invalidità al 100% conviventi con la famiglia e, quindi, presso la stessa residenti, con una modulazione dell'intervento secondo limiti di reddito determinati in funzione del parametro ISEE familiare, per le prestazioni fornite da assistenti familiari presso la propria abitazione.

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, liberamente scelti dalle famiglie.

Requisiti/modalità di presentazione delle domande

1. La persona anziana assistita deve:

a) avere compiuto i 75 anni di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;

b) essere cittadino italiano, comunitario o extracomunitario. Per i nuclei familiari composti da cittadini stranieri, il beneficiario e il familiare richiedente dovranno essere titolari di carta di soggiorno;

c) essere stato dichiarato disabile grave o invalido al 100%. Tale stato dovrà essere certificato dalle autorità competenti;

d) di essere residente in un Comune della Regione Siciliana.

2. Per accedere al voucher è necessario presentare al Comune una certificazione ISEE, riferita al periodo di imposta 2013, con un valore massimo di € 7.000,00 (parametro di riferimento utilizzato quello della social card) dell'intero nucleo familiare in corso di validità.

3. Possono presentare domanda esclusivamente c/o il Comune di residenza

a) l'anziano stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita; (All. l)

b) familiari, entro il 4° grado, che accolgono l'anziano nel proprio nucleo e che siano residenti nel territorio regionale da almeno un anno alla data di presentazione della domanda; (All. 2)

c) il figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana purché sia residente nello stesso Comune del beneficiario e che siano residenti nel territorio regionale da almeno un anno alla data di presentazione della domanda; (All. 3)

4. La domanda deve essere redatta su specifico schema predisposto da questo Assessorato secondo le forme della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi degli arti. 46 e segg. Del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e 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 nell'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 ISEE dell'intero nucleo familiare in corso di validità, rilasciato dagli Uffici abilitati per favorire la correttezza dell'autocertificazione da presentarsi in materia, si rammenta che i criteri per l'individuazione della composizione del nucleo familiare rilevante per il calcolo dell'ISEE sono 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.

La presentazione della predetta documentazione è obbligatoria ai fini dell'ammissione al beneficio. Le istanze corredate della relativa documentazione verranno trattenute e custodite presso l'Ufficio Comunale competente.

Prestazioni

Le prestazioni acquistabili con il voucher, finalizzate al mantenimento delle persone nel loro ambiente naturale di vita e relazione, consistono in:
• levata assistito con passaggio dell'utente letto/carrozzina e viceversa;
• vestizione/svestizione assistito;
• spostamento nell'ambito domestico per soddisfacimento bisogni fisiologici fondamentali;
• igiene personale sia ordinaria che straordinaria;
• frizioni cutanee e mobilizzazione passiva su indicazione sanitaria;
• accompagnamento fuori dalla propria abitazione ai fini della risocializzazione e della riattivazione motoria;
• disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi;
• igiene dell'ambiente domestico;
• igiene cambio della biancheria;
• igiene del vestiario, stiratura e piccoli lavori di cucito:
• approvvigionamento generi di prima necessità;
• preparazione e/o somministrazione del pasto a domicilio;
• preparazione e supervisione terapie orali su indicazione sanitaria.

Tutela della privacy

I dati dei quali l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro entra in possesso, a seguito del presente Avviso, verranno trattati nel rispetto della vigente normativa D.lgs 196/03.

Responsabile del procedimento

Ai sensi della L. 241/90 la struttura amministrativa responsabile dell'adozione del presente avviso è il Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali nella persona del Dirigente Generale.

Informazioni sull'Avviso

Si possono ottenere informazioni sul presente Avviso con il sistema delle FAQ attraverso il sito istituzionale dell'Assessorato Regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro. Il Dipartimento inoltre si riserva di emettere successivi atti concernenti istruzioni necessarie per l'attuazione degli interventi.

Le istanze dovranno essere presentate all'Ufficio Protocollo del Comune di Montedoro entro il termine perentorio del 22/02/2015

Montedoro, 12/02/2015

COMUNE DI MONTEDORO (CL) - UFFICIO SERVIZI SOCIALI

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
F.to Onofrio Salvo

Allegato A1

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;
c) 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. 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

.....

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

Firma del Familiare

.....

Allegato A2

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) che nel proprio nucleo è presente e convivente per vincolo di parentela, filiazione o affinità il Sig./Sig.ra .....anziano/a che ha compiuto i 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. 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%.

_l_ 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

.....

Allegato A3

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.....

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%.

_l_ 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

.....