

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.19
COMUNE DI SAN PIETRO CLARENZA
AVVISO PUBBLICO

**SERVIZI DOMICILIARI IN FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CHE
USUFRUISCONO O HANNO IN CORSO DI ATTIVAZIONE IL SERVIZIO DI
ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.), EROGATO DALL'ASP CT**

SI INFORMA:

Che con DRS 3412 del 15 dicembre 2017 l'Assessorato regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro ha approvato il Piano di "IMPLEMENTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI NATURA ASSISTENZIALE ATTIVATE NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA" presentato dal Distretto Socio Sanitario n. 19 in attuazione dell'Obiettivo S6 del Q.S.N. Di servizio - Intervento 4.

Pertanto, il Comune di San Pietro Clarenza intende attivare le procedure per l'erogazione di Buoni di Servizio con le modalità previste nel DDG n. 1809 del 10.07.2017 ad integrazione dei servizi sanitari domiciliari erogati dall'ASP di Catania, secondo i piani personalizzati di assistenza, elaborati dall' U.V.M. di concerto con gli uffici di servizio sociale dei Comuni appartenenti al distretto socio-sanitario 19

Requisito per accedere al buono:

- **Aver compiuto 65 anni di età ;**
- **Non autosufficienza accertata;**
- **Usufruire o avere in corso di attivazione il servizio sanitario di assistenza domiciliare integrata erogato dall'ASP.**

I Buoni di Servizio verranno concessi nei limiti dei progetti personalizzati e delle risorse finanziarie complessivamente disponibili per tale finalità assegnate al Comune di San Pietro Clarenza (4 assistiti) 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 e operatore OSS) da acquisire presso organismi iscritti all'Albo distrettuale dei soggetti accreditati, liberamente scelti 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 :

- 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;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto che inoltra l'istanza.
- Copia dell' **Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E. 2019) , in corso di validità** , rilasciato da organismo abilitato(CAF- INPS etc.)

TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA:

Per la stesura della graduatoria, le istanze, da formulare secondo specifico modello dovranno pervenire al Comune di residenza, **entro il 20 Dicembre 2019.**

Nella predisposizione dei piani personalizzati saranno tenute in considerazione le altre prestazioni o contributi già erogati in corso di erogazione in favore dei richiedenti

Il modello e ulteriori informazioni possono essere richiesti all' ufficio di servizio sociale (095 6277501-502)

22 Novembre 2019

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Domenico Percolla



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.19
COMUNE DI SAN PIETRO CLARENZA

Oggetto: RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI. Fondi PAC 2° RIPARTO ANZIANI

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

Al Comune di San Pietro Clarenza
Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____, nato a _____
Il _____ e residente in via/piazza _____
n _____, comune di _____ cap _____,
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, operatori OSA e OSS presso organismi non profit accreditati presso il Distretto socio-sanitario 19

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di San Pietro Clarenza
- 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:

1. Certificato del medico di medicina generale, attestante la non autosufficienza grave, eventualmente corredato dalla copia della scheda multidimensionale (SVAMA) di cui al decreto sanita 7 marzo 2005
2. Fotocopia del documento di riconoscimento
3. Copia ISEE 2019, in corso di validità rilasciato da organismo riconosciuto (CAF ecc..)

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. 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
