

P.A.C. PIANO DI AZIONE E COESIONE

11 GEN. 2016

Prot. n. 1101

Cat. Classe Fasc.

**AVVISO PUBBLICO
PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI CURA DOMICILIARE AGLI ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI DI ETÀ NON INFERIORE A 65 ANNI**

Visto Piano di Azione Coesione (PAC) del Ministero dell'Interno con il programma per i Servizi di cura per Anziani non autosufficienti superiori ad anni 65 - Primo Riparto 2013/2015 con il quale vengono definite le regole e i criteri per l'accesso alle risorse finanziarie, già ripartite con lo stesso provvedimento;

Visto l'Accordo di Programma tra il Distretto Socio-assistenziale ed il Distretto sanitario Vibonese dell' ASP di Vibo Valentia per la realizzazione del Sistema Integrato di cure domiciliari per gli anziani, ultra sessantacinquenni, non autosufficienti, per la gestione dei Fondi PAC, approvato dal Comitato dei Sindaci;

Visto il decreto n. 508 del 27.2.2015 del Ministero dell'Interno, con il quale si esprime parere favorevole alla concessione del finanziamento richiesto per l'avvio del Piano di intervento Servizi e cure per Anziani;

SI RENDE NOTO

Che può essere presentata istanza per l'ammissione al servizio di Assistenza Domiciliare socio- assistenziale per anziani residenti nei Comuni facenti parte del Distretto n. 1, che abbiano:

- 1) Età non inferiore ai 65 anni ;
- 2) Si trovano in condizione di non autosufficienza e carenti di cure familiari ;
- 3) Non usufruiscono di altri servizi di assistenza domiciliare

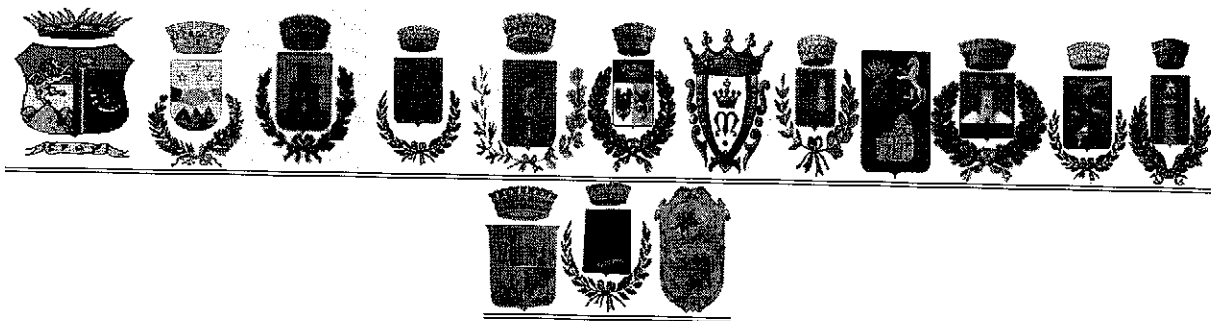
Il servizio prevede:

L'assistenza **SAD (servizio assistenza domiciliare)**: prestazioni di natura socio-assistenziale a domicilio ai soggetti anziani, ultrasessantacinquenni, che si trovano in stato di non autosufficienza, temporanea o permanente, ed in genere presso i loro nuclei familiari al fine di consentire il mantenimento della loro autonomia di vita e la permanenza nella loro abitazione e ambiente familiare e sociale, riducendo le esigenze di ricorso a strutture residenziali.

La selezione delle richieste degli aventi diritto, di competenza del PUA del Comune Capo fila, sarà effettuata sulla base dei seguenti requisiti e criteri : **Accertamento requisiti "Età" e condizione "non Autosufficienza"**

1° criterio: Stato di solitudine

	Punti
-anziano che convive con familiari in grado di aiutarli	0
-anziano con figli residenti nel Comune	2
-anziano con figli non residenti nel Comune	4
-anziano che vive da solo, privo di supporto familiare	6
-anziano che convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore ed idoneo supporto familiare convivente	8



2° criterio : Et 

	Punti
- anziano da 65 ai 70 anni	1
- anziano da 71 ai 76 anni	2
- anziano da 77 a 80 anni	3
- anziano da 81 a 86 anni	4
- anziano oltre 86 anni	5

3° criterio : Reddito del nucleo familiare I.S.E.:

	Punti
-da € 13.001,00 in su	0
-da € 11.001,00 a € 13.000,00	1
-da € 9.001,00 a € 11.000,00	2
-da € 7.001,00 a € 9.000,00	3
-da € 0 a € 7.000,00	4

La graduatoria ha validit  annuale, la stessa   soggetta a scorrimento nel caso di rinuncia o morte degli utenti, cambio di residenza o ricovero definitivo in istituto, oppure potr  essere integrata su proposta dell'Ufficio di Servizio Sociale comunale o del PUA, in presenza di situazioni che, per la loro gravit , necessitano di una risposti immediati.

MODALIT  PRESENTAZIONE DOMANDA:

- L'istanza, redatta su modello conforme all'allegato "A", potr  essere presentata, entro 15 gg. dalla data di pubblicazione del presente avviso dei Comuni di residenza;
Nel caso in cui le richieste perverranno dopo la data di scadenza indicata nel presente avviso e/o siano superiori all'effettiva disponibilit  finanziaria del progetto , verranno valutate e poste in lista d'attesa.

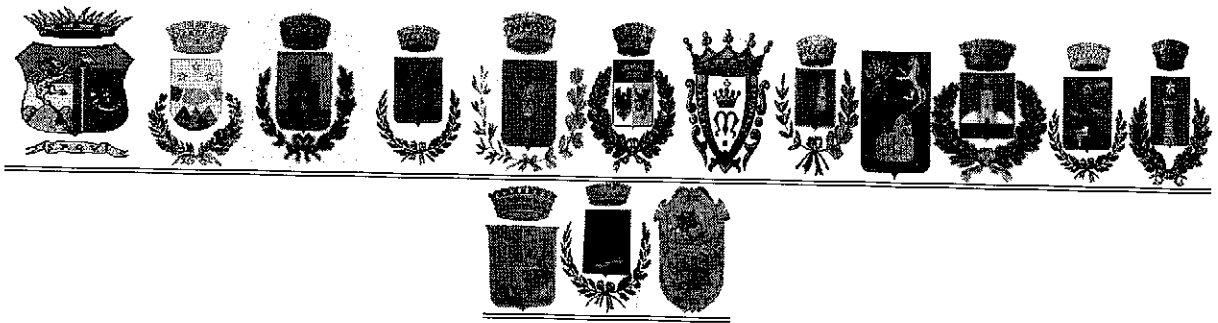
I moduli di domanda potranno essere richiesti presso gli Uffici di Servizi Sociali dei Comuni di Residenza, nei punti P.U.A. organizzati dai Distretti socio-assistenziale e sanitario oppure scaricati dai siti istituzionali dei Comuni del Distretto

A tal fine, la documentazione da allegare all'istanza   la seguente:

1. Dichiarazione Sostitutiva Unica come da allegata domanda;
2. Documento di riconoscimento valido e Tessera Sanitaria (fotocopia);
3. Documentazione Sanitaria rilasciata dal medico di base attestante lo stato di salute e di non autosufficienza su apposito modello;
4. Eventuale copia di verbali attestante l'invalidit  civile e/o la disabilit ;


Nel caso di richiesta di prestazioni di cure sanitarie integrate il possesso dei requisiti di carattere sanitario sar  verificato e attestato dall'U.V.M. (Unit  di Valutazione Multidimensionale) del Distretto Sanitario dell'ASP n. 1.

Le prestazioni domiciliari socio-assistenziali saranno erogate ai soggetti in posizione utile nella graduatoria che sar  formulata secondo i criteri sopra esposti.



I dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità di gestione del beneficio in oggetto e di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Il Dirigente
Dott.ssa Adriana Teti



OGGETTO: RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - (PAC Piano di interventi Servizi di Cura per idi Anziani. I° Riparto)

La/il sottoscritto/a _____ nata a _____
Il _____ residente a _____ in Via _____
n. _____ Codice Fiscale _____
Telefono _____ cell. _____ in qualità di _____

Chiede l'ammissione al servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

per se stesso/a per il/la Sig./ra _____ nato/a _____ il ____/____/____
residente in _____ alla Via _____
Recapiti telefonici _____ cell. _____
Codice Fiscale _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000. n. 445 e consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, **sotto la propria responsabilità.**

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di _____ appartenente al Distretto socio-assistenziale n. 1;
- Di non usufruire di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per acquisire Servizi di cura e assistenza erogati da Enti Pubblici;
- La condizione familiare del beneficiario e la seguente:

- anziano che convive con familiari in grado di aiutarli;
- anziano con figli residenti nel Comune;
- anziano con figli non residenti nel Comune;
- anziano che vive da solo, privo di supporto familiare;
- anziano che convive con familiari portatori di handicap e/o non autosufficienti e senza ulteriore ed idoneo supporto familiare convivente

Reddito del nucleo familiare I.S.E.:

- da €. 13.001,00 in su
- da €. 11.001,00 a €. 13.000,00
- da €. 9.001,00 a €. 11.000,00
- da €. 7.001,00 a €. 9.000,00
- da €. 0 a €. 7.000,00

ALLEGARE ALLA PRESENTE

1. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità di chi propone l'istanza:
2. Certificazione sanitaria del Medico di medicina generale attestante lo stato di salute e di non autosufficienza su apposito modello:
3. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l'assistenza:
4. Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti.

AUTORIZZAZIONE LECCE SULLA PRIVACY

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

Si fa presente che successivamente alla redazione finale della graduatoria agli utenti ammessi verrà richiesta l'esibizione dell'attestazione ISEE del nucleo familiare, riferita al reddito anno 2015, rilasciato ai sensi del DPCM n. 159 del 05/12/2013 secondo la nuova modulistica valida dal 2015, pena l'esclusione dalla graduatoria.

FIRMA

Spazio riservato per la valutazione della domanda

Situazione familiare:

Età:

Situazione reddituale:

totale punti