



AVVISO PUBBLICO

PER INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (A.D.A. ed A.D.I.)

IL CAPO DELL'AREA AMMINISTRATIVA DEL COMUNE DI MUSSOMELI CAPOFILO DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

In attuazione del Piano di Azione e Coesione (economie 1° Rip.) e su indicazione del Comitato dei Sindaci nella seduta del 06/03/2018

RENDE NOTO

Che il servizio di assistenza domiciliare ADI ed ADA è diretto agli anziani già fruitori del servizio con i fondi PAC. Lo stesso è esteso anche ad altri anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni residenti nel Distretto Socio Sanitario D 10 nei limiti delle risorse economiche assegnate ammontanti ad E. 65.211,79.

Il servizio ADI avrà una durata, approssimativamente, di mesi 6

Il servizio ADA avrà una durata, approssimativamente, di mesi 4

Pertanto, le persone anziane ultrasessantacinquenni residenti nei comuni del Distretto Socio Sanitario D 10, già fruitori del servizio e coloro **che ad oggi non ne usufruiscono** e che vivono condizioni di totale non autosufficienza, fisica o psichica potranno accedere al servizio previa presentazione dell'istanza e il successivo accertamento socio sanitario effettuato dalla competente U.V.M. territoriale.

Per poter accedere alle prestazioni occorre presentare istanza entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, a firma dell'utente e/o di un familiare o di persona di fiducia, come fac-simile allegato e disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza.

La domanda deve essere corredata da:

- Autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con l'utente;
- Certificazione dell'ultimo ISEE, rilasciato nel corso dell'anno 2018, del nucleo familiare convivente con l'utente;
- Certificazione medica attestante la grave patologia invalidante;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni del nucleo convivente con l'utente.

Ove il numero delle istanze ecceda le disponibilità , sarà formulata una lista d'attesa in funzione dei requisiti.

Detta lista d'attesa sarà aggiornata ed integrata trimestralmente in funzione delle domande pervenute e/o delle variazioni intervenute nelle condizioni dei soggetti già inseriti.

L'accesso al servizio e il relativo PAI vengono definiti dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del DSS n. 2 – Distretto Sanitario di Mussomeli.

Criteri di ammissibilità :

La lista degli aventi diritto alle prestazioni di cui al presente bando verrà formulata secondo i seguenti criteri:

1° criterio: Autosufficienza

- anziano non autosufficiente senza invalidità certificata Punti 0
- anziano con invalidità dal 56% al 66% Punti 2
- anziano con invalidità certificata dal 67% al 73% Punti 4
- anziano con invalidità certificata dal 74% al 100 % Punti 6

2° Criterio: Stato di solitudine

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

3° Criterio: Età

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

4° Criterio: Reddito del nucleo familiare ISE

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

Determinazione della compartecipazione al costo della prestazione sociale si osservano i seguenti criteri:

Indicatori per l'accesso gratuito alle prestazioni socio-assistenziali

L'accesso gratuito al servizio è riservato ai soggetti che si trovano in condizioni economiche (da attestare con il modello ISEE) non superiori a quelle fissate dal decreto dell'Assessorato della Famiglia e delle Politiche Sociali n. 867/S7 del 15/04/2003 e dalla circolare n. 8 del 27/06/1996 e ss.mm.ii.

Per condizioni economiche superiori ai limiti fissati per la gratuità i soggetti possono essere ammessi alle prestazioni sociali previa compartecipazione al costo del servizio secondo le disposizioni vigenti.

Modalità di intervento :

Le prestazioni socio-assistenziali dell'ADA sono erogate dalle Cooperative Sociali Accreditate dallo scrivente Distretto, a scelta del cittadino/utente, trattandosi di erogazione di servizi tramite **voucher**.

Qualora per mancanza di disponibilità di posti non sia possibile attivare il servizio, il richiedente verrà posto in lista di attesa. Gli utenti dovranno comunicare per iscritto al Comune ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

Per quanto non previsto nel presente avviso troveranno applicazione le disposizioni del Disciplinare per l' Accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani attraverso la procedura di erogazione dei voucher visionabile e consultabile presso gli Uffici Servizi Sociali comunali o il seguente sito internet www.dss10.it

Gli interessati potranno richiedere ogni informazione e chiarimento rivolgendosi agli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni del Distretto.

Il presente avviso verrà pubblicato anche nei siti on line dei comuni del Distretto D 10 a partire dal 03/10/2018 e fino al 18/10/2018.

Dalla Residenza Municipale, li **3/10/2018**

Il Responsabile dell'Area Amministrativa

F.to Dott.ssa Antonina Cordaro



AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (A. D. A.)

Il sottoscritt _____ nat a _____

il _____, residente a _____ in Via _____ n. _____

C. F. _____, Recapito Telefonico _____

(segnare la voce che interessa):

- Per se stesso;

- In qualità di: tutore e/o curatore o altro

del/la Sig./ra _____ (parentela) _____

nato/ a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. tel. _____ C. F. _____

- Medico curante dell'assistito: Dr. _____

- Composizione nucleo familiare:

Cognome e Nome	Età	Professione	Indirizzo	Rec. telef onico

- Altri figli o familiari non conviventi

Cognome e Nome	Età	Professione	Indirizzo	Rec. telef onico

CHIEDE

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE **A. D. A.**

Allega:

- 1) - Ultima Dichiarazione Sostitutiva Unica (ISEE), rilasciata nel corso dell'anno 2018, del nucleo familiare convivente con l'utente;
- 2) Certificato medico attestante lo stato di salute;
- 3) Altra documentazione utile ai fini della graduatoria;
- 4) Fotocopia del documento di riconoscimento;
- 5) Autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con il richiedente.

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, così come integrato dal D. L.vo n. 101/2018 si dà atto che:

- il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il beneficio e sarà effettuato manualmente e/o con sistemi informatizzati;
- il titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune; il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'istruttoria delle domande.

Si dà atto, inoltre, che il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di proseguire la procedura amministrativa.

Al titolare del trattamento potrà essere rivolta istanza da parte dell'interessato per far valere i suoi diritti così come previsti dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 così come integrato dal D. Lgs. N. 101/2018.

DATA _____



AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (A. D. I.)

Il sottoscritt _____ nat a _____

il _____, residente a _____ in Via _____ n. _____

C. F. _____, Recapito Telefonico _____

(segnare la voce che interessa):

- Per se stesso;

- In qualità di: tutore e/o curatore o altro

del/la Sig./ra _____ (parentela) _____

nato/ a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. tel. _____ C. F. _____

- Medico curante dell'assistito: Dr. _____

- Composizione nucleo familiare:

Cognome e Nome	Età	Professione	Indirizzo	Rec. telef onico

- Altri figli o familiari non conviventi

Cognome e Nome	Età	Professione	Indirizzo	Rec. telef onico

C H I E D E

L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE **A. D. I.**

Allega:

- 6) - Ultima Dichiarazione Sostitutiva Unica (ISEE), rilasciata nel corso dell'anno 2018, del nucleo familiare convivente con l'utente;
- 7) Certificato medico attestante lo stato di salute;
- 8) Altra documentazione utile ai fini della graduatoria;
- 9) Fotocopia del documento di riconoscimento;
- 10) Autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con il richiedente.

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, così come integrato dal D.lgs 101/2018 si dà atto che:
- il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il beneficio e sarà effettuato manualmente e/o con sistemi informatizzati;
- il titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune; il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'istruttoria delle domande.

Si dà atto, inoltre, che il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di proseguire la procedura amministrativa.

Al titolare del trattamento potrà essere rivolta istanza da parte dell'interessato per far valere i suoi diritti così come previsti dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 così come integrato dal D.lgs 101/2018.

DATA _____

FIRMA
