



CENTRO DISTRETTUALE DI CITTADINANZA  
AVVISO PUBBLICO

**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NON IN A.D.I.  
TRAMITE VOUCHER  
P.A.C. PIANO AZIONE E COESIONE-2° RIPARTO**

**IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI**

-in attuazione del Piano Azione Coesione Anziani- 2° Riparto, approvato dall'Autorità di Gestione- Ministero dell'Interno-

-ai sensi del Regolamento "Criteri per l'accesso ai voucher sociali relativi al servizio di assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti non in ADI". approvato dal Comitato dei Sindaci con delibera n. 15 del 27.10.2014 e ratificato dal Consiglio comunale di tutti i comuni del distretto.

**COMUNICA**

**che può essere presentata domanda per l'ammissione al servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani residenti nel Distretto Socio-Sanitario 46.**

*Il servizio ha la finalità di favorire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita ed evitare o ritardare il ricovero in istituto.*

**Le prestazioni erogabili sono:**

1. Aiuto nel governo dell'alloggio e nelle attività domestiche.
2. Accompagnamento dell'anziano per visite mediche, per visite ad amici e familiari, per la frequenza di centri socio-ricreativi, ecc.
3. disbrigo di semplici pratiche presso uffici competenti, svolgimento di piccole mansioni, quali pagamento di bollette. ecc
4. Disbrigo di commissioni varie.
5. Ogni altra attività di competenza dell'operatore socio-assistenziale addetto.

**Destinatari del servizio sono gli anziani con più di 65 anni di età, in stato di grave non autosufficienza, privi di adeguato supporto familiare, che non usufruiscono del servizio A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata).**

la domanda (a cura dell'interessato o di un suo delegato) va presentata al proprio comune di residenza, esclusivamente su apposito modulo, fornito dall'Ufficio di servizi sociali.

**Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:**

1. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano, sia dell'eventuale familiare richiedente.
2. Attestazione ISEE in corso di validità completa della dichiarazione sostitutiva unica riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare.
3. Certificato medico rilasciato dal medico di famiglia, nel quale si attesti lo stato di grave non autosufficienza dell'anziano e la possibilità di rispondere ai suoi bisogni attraverso servizi alternativi all'ADI.
4. Ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della stesura della graduatoria.

Qualora necessitino del servizio due anziani facenti parte dello stesso nucleo familiare, entrambi dovranno farne richiesta.

L'ammissione avverrà previa valutazione dell'istanza da parte del servizio sociale, la formulazione del P.A.I. (Piano assistenziale individualizzato) e predisposizione di apposita graduatoria. Le domande pervenute oltre il termine di presentazione verranno inserite in lista di attesa.

Il servizio è gratuito fino alla concorrenza di un reddito ISEE pari ad una volta e mezzo il minimo INPS (€ 9.796,41) . Oltre questa soglia sarà soggetto a progressiva compartecipazione fino al 100% del suo costo.

*Le prestazioni domiciliari verranno erogate da Enti del Terzo Settore accreditati presso il Distretto Socio Sanitario 46, liberamente scelti dagli anziani ammessi al servizio. Ad ogni utente ammesso verranno pertanto rilasciati dei voucher in relazione al PAI approvato, spendibili presso l'Ente prescelto.*

**Modalità di presentazione della domande**

I richiedenti devono far pervenire la domanda entro il 28 Marzo 2020 presentandola all'Ufficio Protocollo del proprio Comune di residenza.

**Disposizioni generali**

Per informazioni gli interessati possono rivolgersi allo Sportello del Cittadino del Comune di Noto di Piazza Bolivar , il Lunedì e Mercoledì dalle ore 09.00 alle ore 12.00.

Il Presidente del Comitato dei Sindaci

Dott. Corrado Bonfanti

Al Sig. Sindaco

del Comune di \_\_\_\_\_

Oggetto: **Istanza di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti non in A.D.I. P.A.C. (Piano Azione Coesione) -Servizi di Cura per gli Anziani-**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'AMMISSIONE AL SERVIZIO IN OGGETTO**

per se stesso/a  
 per il sig./ra nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n 445, consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art.76) che il nucleo familiare dell'anziani è così composto ( compreso l'anziano)

Cognome	Nome	Nome Luogo di nascita	Relazione di parentela

**Allega:**

- 1) Dichiarazione sostitutiva unica con Attestazione I.S.E.E. del nucleo familiare – in corso di validità;
- 2) Documento di riconoscimento in corso di validità (fotocopia);
- 3) Documentazione Sanitaria: Certificato del medico di famiglia attestante lo stato di grave non autosufficienza e la possibilità di rispondere ai bisogni dell'anziano con servizi alternativi all'ADI.

DATA \_\_\_\_\_

Il Dichiarante  
\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY E CONTROLLI**

*Ai sensi e per gli effetti del D.lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, al trasferimento e alla comunicazione dei dati personali, e dichiara di essere stato informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiara, inoltre di essere stato informato e di essere consapevole che le auto-dichiarazione rese dal sottoscritto possono essere soggette a controlli effettuati dagli organi competenti su autonoma iniziativa o su richiesta dell'amministrazione comunale.*

DATA \_\_\_\_\_

Il Dichiarante  
\_\_\_\_\_

**ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI  
NON IN ADI**

**Nel distretto socio-sanitario n. 46  
(comuni di Noto-Avola-Pachino-Portopalo-Rosolini)**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_, in qualità di medico curante,

**ATTESTA**

Che Il/La sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

È affetto/a da stato di grave non autosufficienza a cui è possibile rispondere attraverso servizi alternativi all'A.D.I.(assistenza domiciliare integrata).

*Si rilascia la presente attestazione, in carta libera, ai fini dell'ammissione al servizio distrettuale di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti non in ADI (S.A.D. PAC) residenti nel distretto socio-sanitario 46*

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma e Timbro

Del medico curante

\_\_\_\_\_

**Nota**

Il servizio di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti non in ADI comprende le seguenti prestazioni, rese dall'operatore socio-assistenziale (O.S.A.): governo dell'alloggio ed attività domestiche, accompagnamento, disbrigo commissioni, ecc