



COMUNE DI CASTELTERMINI
Libero Consorzio Comunale di Agrigento

AREA P.O. N.1

Servizio 5: Servizi Socio-Assistenziali
Via Jan Palach – Tel. 0922-912704

Pec comunedicasteltermini@pec.it e-mail areadue@comune.casteltermini.ag.it

AVVISO PUBBLICO

PROSECUZIONE INTERVENTO FINALIZZATO ALLA PERMANENZA O RITORNO IN FAMIGLIA DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI - D.A. n.2753/2014(Fondi Stato-Regione)

L'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, con nota n.40888/S6/2018 ha previsto, per l'anno **2018**, l'erogazione, attraverso i Comuni di residenza, di un intervento rivolto ad anziani non autosufficienti per la concessione di un sostegno economico alle famiglie – sotto forma di **buono di servizio (voucher)**- riservato alla retribuzione di un'assistente familiare preposto alla cura di soggetti **anziani ultrasettantacinquenni** affetti da grave disabilità o invalidi al 100% conviventi con la famiglia o presso la stessa residenti.

La persona anziana assistita deve:

- a) aver compiuto i 75 anni di età;
- b) essere cittadino italiano, comunitario o extracomunitario titolari di carta di soggiorno;
- c) essere residente nel territorio della Regione Siciliana da almeno un anno alla data di presentazione dell'istanza;
- d) essere stato dichiarato disabile grave o invalido al 100%;
- e) essere residente in un comune della regione siciliana;

Per accedere al **Voucher** è necessario presentare certificazione ISEE riferita all'anno 2017, redatta ai sensi delle nuove direttive, dell'intero nucleo familiare **non superiore ad € 7.000,00**.

Possono presentare istanza per la concessione dell'intervento:

- L'anziano stesso (**all.1**),
- I familiari, entro il 4° grado che accolgono l'anziano (**all.2**),
- Il figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana (**all.3**);

La domanda dovrà essere redatta su specifico schema predisposto dall'Assessorato, secondo la forma di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 46 D.P.R. 445/2000) disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali, sito in Via Jan Palach, o scaricata dal sito del Comune (Avvisi) e presentata al Protocollo di questo Comune, **entro e non oltre il termine perentorio del 18 gennaio 2019**.

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione obbligatoria ai fini dell'ammissione al beneficio:

- dichiarazione che il soggetto non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio
- fotocopia del documento di riconoscimento sia dell'anziano non autosufficiente, sia del familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000;
- attestato ISEE dell'intero nucleo familiare, in corso di validità rilasciato dagli uffici abilitati;
- certificazione sanitaria dalla quale risulti l'invalidità al 100% o la disabilità grave dell'anziano.

Casteltermini 24/12/2018

L'Assessore ai Servizi Sociali
Salvatore Scozzari

Il Responsabile dell'Area P.O. N.1
dott. Calogero Sardo

**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

.....

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

Firma del Familiare

.....

**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.raanziano/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%.

 Il 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

.....

**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 RESPONSABILITÀ'
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 sotto elencata 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, redatto ai sensi delle nuove direttive;
- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi Civili, attestante l'invalidità civile al 100%.

 1 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

.....