

## Distretto Socio Sanitario D. 29 Comune capofila Mistretta



Mistretta



Castel  
di Lucio



Motta  
d'Affermo



Pettineo



Reitano



Santo  
Stefano di  
Camastra



Tusa

### *Ufficio Piano*

## AVVISO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE E SERVIZI DI PROSSIMITÀ

*Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano*

### RENDE NOTO

che può essere presentata la domanda per l'ammissione ai Servizi ed interventi di inclusione previsti dalla azione n. 5 del Piano di Zona 2021 e dalla Tabella 8 - Interventi e servizi di inclusione da sostenere con la QSFP 2020 del PAL 2020

#### DESTINATARI DEL SERVIZIO

Il servizio è rivolto ai seguenti cittadini, residenti nei Comuni del Distretto D. 29,

- anziani con più di 65 anni di età, in stato di "ridotta autosufficienza", privi di adeguato supporto familiare, che non usufruiscono del servizio A.D.I. (assistenza domiciliare integrata);
- Beneficiari AdI (Assegno di Inclusione);
- Nuclei e individui in simili condizioni di disagio economico;

#### PRESENTAZIONE ISTANZE

I richiedenti possono far pervenire la domanda presentandola brevi manu all'Ufficio Protocollo del Comune di Mistretta o a mezzo PEC all'indirizzo [info@comune.mistretta.me.it](mailto:info@comune.mistretta.me.it), esclusivamente su apposito modulo, fornito dall'Ufficio dei Servizi Sociali del comune di residenza o scaricabile dal sito del comune di Mistretta. Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario;
- Attestazione ISEE in corso di validità completa della dichiarazione sostitutiva unica (DSU) riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare del beneficiario;
- Certificato medico rilasciato dal medico di famiglia, nel quale si attesti lo stato di "ridotta autosufficienza" dell'anziano;
- Ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della ammissione al servizio.

#### PRESTAZIONI DA RICHIEDERE

**Aiuto Domestico.**

Riordino ordinario e straordinario dell'abitazione; igiene dell'alloggio, pulizia ed igiene degli ambienti e dei servizi; aiuto per la preparazione dei pasti; cambio della biancheria; (non sono compresi piccoli interventi di manutenzione e pulizia delle pertinenze e dei serbatoi)

**Disbrigo pratiche, sostegno morale e psicologico**

Disbrigo pratiche pensionistiche, certificazioni, prescrizioni mediche, accompagnamento per visite mediche, accompagnamento presso centri diurni o per manifestazioni, spettacoli, etc., interventi volti a favorire i rapporti familiari e sociali, anche con accompagnamento per brevi passeggiate, in collaborazione con i vicini, con il volontariato, con le strutture ricreative e culturali, al fine di favorire la partecipazione dei soggetti alla vita di relazione.

**Igiene e cura della persona**

Favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere (alzarsi dal letto, pulizia della persona, aiuto per il bagno, vestizione, aiuto per una corretta deambulazione, mobilitazione del soggetto costretto a letto, aiuto nell'uso di accorgimenti per migliorare l'autosufficienza, etc.).

**CONDIZIONI DI AMMISSIBILITA'**

Per l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare saranno valutati:

- Il grado di autosufficienza del soggetto in relazione alle sue condizioni psichiche, fisiche e sensoriali, sulla base della certificazione medica presentata;
- Il livello di assistenza familiare di cui gode il soggetto;
- L'eventuale grado di invalidità da dimostrare con apposita certificazione medica;
- L'età del soggetto.

**COMPARTICIPAZIONE E GRATUITA'**

- E' prevista la compartecipazione al costo del servizio secondo le normative vigenti. Le relative somme saranno introitate dal Comune di Mistretta capofila del Distretto Socio Sanitario D. 29.
- Il servizio di Assistenza domiciliare viene erogato gratuitamente ai soggetti il cui reddito non supera la fascia esente oltre la quale è prevista la compartecipazione al costo del servizio in base alla normativa vigente.

Le prestazioni domiciliari verranno erogate da enti del terzo settore accreditati al distrettuale alle sezioni Anziani e /o Disabili, liberamente scelti dagli anziani ammessi al servizio. Ad ogni utente ammesso verranno pertanto rilasciati 520 voucher (corrispondenti a n. 10 ore settimanali per n. 52 settimane) spendibili presso l'ente prescelto.

Verranno escluse le domande incomplete e prive di attestazione I.S.E.E.

Verranno altresì escluse le istanze presentate da coloro che usufruiscono di servizi e/o benefici analoghi erogati dall'Ente o altri Enti Pubblici

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano  
**Dott. Giuseppe Laganà**

**Per info:**

Comune di Mistretta: [info@pec.comune.mistretta.me.it](mailto:info@pec.comune.mistretta.me.it)

Oggetto: **Assistenza Domiciliare Anziani** (Assistenza domiciliare socio assistenziale e servizi di prossimità)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale																		
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per sé stesso

per \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale																		
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

l'ammissione al/i seguente/i servizio/i:

- Aiuto Domestico.**
- Disbrigo pratiche, sostegno morale e psicologico**
- Igiene e cura della persona**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

- che il beneficiario  è  non è percettore dell'assegno di inclusione (ADI)
- che l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare anagrafico di appartenenza del destinatario del servizio è pari a €. \_\_\_\_\_
- di essere consapevole che la compartecipazione alla spesa, ovvero l'esonero dal pagamento del servizio, viene definito dall'Amministrazione Comunale sulla base del valore ISEE calcolato secondo quanto previsto nel D.A. 867/S7 del 15.04.2003 e in conformità alle disposizioni regionali;
- di essere a conoscenza che possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.
- Di non usufruire di servizi e/o benefici analoghi, erogati dell'ente o da altri enti Pubblici

Allega alla presente, come parte integrante:

- modello "A" Composizione Nucleo anagrafico del beneficiario del servizio, debitamente compilato ogni sua parte;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario;
- attestazione ISEE in corso di validità completa della dichiarazione sostitutiva unica (DSU) riportante la situazione economica dell'intero nucleo familiare del beneficiario;
- certificato medico rilasciato dal medico di famiglia, nel quale si attesti lo stato di "ridotta autosufficienza" dell'anziano;
- ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della ammissione al servizio.

## INDIVIDUA

per l'erogazione del servizio il seguente ente .....  
iscritto al registro distrettuale alle sezioni Anziani e /o Disabili (scrivere l'ente tra quelli sotto elencati)

Ente:
Anchise Soc. Coop. Sociale ARL
Società Cooperativa "Global Servizi"
Società Cooperativa "Nuovi Orizzonti"
Società Cooperative "Amanthea"
"Iside" Società Cooperativa Sociale
Associazione "Ialite"
Centro Studi Aurora ETS
Società Cooperativa "L'Arca Onlus"
Cooperativa Sociale "Nuova Generazione"
Cooperativa Sociale "Coo.ser"

I dati acquisiti, con la presente domanda, compresi quelli sensibili, saranno trattati e conservati dall'Amministrazione Comunale di Mistretta nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, per il periodo necessario allo sviluppo dell'attività amministrativa correlata.

La raccolta è obbligatoria per la fase istruttoria dei procedimenti di ammissione al servizio di assistenza domiciliare, in assenza di essi il provvedimento finale non potrà essere emanato.

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Titolare dei dati è il Comune di Mistretta.

....., li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile del dichiarante)

**Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

..... li .....

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile del dichiarante)

N.B.: la presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il cittadino **sarà denunciato all'autorità giudiziaria.**

Composizione Nucleo anagrafico del beneficiario del servizio,

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

che il nucleo familiare del Beneficiario del Servizio è così composto (compreso il Beneficiario)

	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Grado parentela</b>	<b>Condizioni di salute</b> A. Autosufficiente B. Parzialmente sufficiente C. Non auto sufficiente Indicare la lettera corrispondente	<b>Condizione lavorativa</b> A. Occupato B. Disoccupato Indicare la lettera corrispondente
1				<b>Beneficiario</b>		
2						
3						
4						
5						
6						
7						