

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 49

Carlentini



Lentini Capofila



Francofonte



A.S.P. Siracusa



AVVISO

“Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani PdZ 2019/2020 – 1° Annualità

Visti:

- L. n. 328 del 08/11/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ;
- Il piano di zona 2019/2020 approvato con parere di congruità n. 29 del 18/10/2022 dal nucleo di valutazione – Provincia di Siracusa, e successiva comunicazione prot. n. 24201 del 31/10/2022;

Sono destinatari del servizio ADA i soggetti di età superiore al 65° anno residenti nel Comune di Francofonte che hanno uno dei seguenti requisiti:

- ridotte capacità di autonomia e/o scarsa capacità organizzativa rispetto alla gestione e cura della propria persona nella quotidianità;
- persone in condizioni di solitudine e d’isolamento sociale, con difficoltà d’integrazione/interazione con l’ambiente esterno.

Prestazioni di assistenza domiciliare:

- aiuto per il governo della casa e per le attività domestiche;
- cura delle condizioni igieniche della casa con particolare riferimento agli spazi destinati alle funzioni primarie (camera, cucina, bagno);
- cambio e aiuto nel lavaggio della biancheria e preparazione dei pasti;
- informazioni circa i Servizi presenti sui Territori Comunali ;
- mantenimento dei rapporti con il medico di base;
- stimolare la relazione, la socializzazione e l’autonomia con il coinvolgimento di parenti e vicini;
- aiuto al mantenimento di abilità, ad esempio uso del telefono ed elettrodomestici.
- mobilitazione della persona costretta a letto, aiuto volto alla tutela igienico-sanitaria;
- aiuto ad alzarsi dal letto, pulizia e cura personale, vestizione, assunzione dei pasti, aiuto nella deambulazione;
- uso di accorgimenti e strumenti per lavarsi, vestirsi, mangiare da soli, camminare.

Come accedere al servizio:

I soggetti in possesso dei suddetti requisiti che intendono partecipare al servizio in oggetto, dovranno far pervenire apposita istanza presso l’ufficio protocollo **entro il 24 MARZO 2023** – L’istanza è disponibile presso l’ufficio dei Servizi Sociali sito in Contrada Quadri snc o sul sito internet del Comune di Francofonte www.comune.francofonte.sr.it

Alla suddetta domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione, pena l’esclusione:

- certificazione da parte del medico curante attestante la non autosufficienza oppure la certificazione della Commissione Medica per l’accertamento dello stato di invalidità;
- attestazione ISEE dell’anno in corso;
- copia documento di identità del richiedente e copia del documento di identità di chi presenta istanza, se diverso dal richiedente.

Modalità di erogazione:

Le prestazioni socio assistenziali previste dal Servizio saranno erogate mediante l’assegnazione agli aventi diritto di buoni servizio (voucher) da utilizzare per l’acquisto delle prestazioni domiciliari di cui sopra presso Organismi iscritti nell’Albo Distrettuale degli Enti accreditati alla gestione del servizio di cui trattasi scelti dall’utente o da un suo familiare.

Ammissione al servizio:

L’ammissione al servizio dell’utente viene disposta dal Servizio Sociale del Comune di residenza, dopo avere redatto il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che determina la presa in carico dell’utente, la competenza professionale specifica necessaria in base alle risorse organizzative e finanziarie disponibili per il servizio.

In caso di esubero delle domande rispetto ai posti disponibili programmati verrà redatta, a cura dell’assistente sociale, una graduatoria per l’accesso al servizio che terrà conto dei seguenti elementi:

- mancanza di autonomia dell’utente;
- mancanza di supporti familiari;
- situazioni problematiche che influiscono sullo stato di salute dell’utente (fattori di deprivazione economica, personali e sociali).

Compartecipazione dell’utente al costo del servizio:

Le prestazioni domiciliari saranno gratuite per i soggetti la cui situazione economica complessiva determinata dall’ISEE, non supera l’importo annuo del trattamento minimo INPS dei lavoratori dipendenti maggiorato nella percentuale di cui al Decreto Assessoriale 867/S7 art. 4 del 15/03/2003.

IL RESPONSABILE DEL IV SETTORE
SERVIZI SOCIALI

Dott.ssa Roberta Di Stefano

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 49

Carlentini



Lentini Capofila



Francofonte



A.S.P. Siracusa



**Al 4° Settore Servizi Sociali
Comune di FRANCOFONTE**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente a Lentini
in via _____ n. _____
Cod. Fiscale _____ Tel _____ Cell. _____
In qualità di (convivente, figlio, conoscente, altro) _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare per anziani in favore di:

- diretto interessato;
- familiare _____
- conoscente _____

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che il nucleo familiare del richiedente il servizio ADA è composto come segue:

Grado di parentela	Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Condizione professionale

Altresì, dichiara quanto segue:

- di essere a conoscenza che sarà formulata una graduatoria degli aventi diritto tenuto conto del reddito posseduto dal nucleo familiare e della presenza del supporto familiare;

- di essere conoscenza della compartecipazione al costo del servizio, nel caso in cui la condizione economica è superiore ai limiti di cui al Decreto Assessorato Regionale EE.LL. n. 867/S7 del 2003, art. 4, in ragione del 5% del costo del servizio sostenuto dal Comune per ogni 516,46 € eccedente il reddito di cui alla Certificazione economica presentata;
- che il reddito ISEE in corso di validità è pari ad € _____.

Si allega:

1. certificazione ISEE per l'anno in corso;
2. certificazione sanitaria attestante le condizioni di non autosufficienza;
3. fotocopia del documento di riconoscimento valido del richiedente e di chi presenta l'istanza, se diverso dal richiedente;

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Li, _____

IL DICHIARANTE
