# AVVISO PUBBLICO
# INTERVENTO IN FAVORE DI ANZIANI ULTRASETTANTACINQUENNI IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA

Vista la nota Assessoriale prot. 40888/S6 del 12/12/2018 avente ad oggetto " Prosecuzione intervento finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di persone non autosufficienti attraverso i Comuni di residenza – D-A- 2753/s6 del 16/12/20147 – Fondi (stato-Regione).

**SI RENDE NOTO CHE**

per l'anno 2019, in applicazione delle norme prima richiamate e nei limiti dello stanziamento disponibile del bilancio regionale, è prevista l'erogazione, attraverso i comuni di residenza di un intervento di sostegno in forma di buono di servizio (voucher) per le famiglie che svolgono attività assistenziali nei confronti di anziani non autosufficienti ultrasettantacinquenni.

**FINALITA'**

La finalità dell'intervento è quella di favorire la permanenza o il ritorno in famiglia di persone anziane non autosufficienti.

**SOGGETTI BENEFICIARI DELL'INTERVENTO**

- I soggetti beneficiari sono anziani ultrasettantacinquenni non autosufficienti. Le misure sono finalizzate al concorso delle spese sostenute dalla famiglia per la retribuzione di un assistente familiare iscritto all'Albo degli assistenti familiari/badanti, tramite voucher, preposto alla cura dei soggetti sopraindicati ed eventuali misure atte a favorire la permanenza o il ritorno in famiglia degli stessi, quale alternativa al ricovero presso strutture residenziali.
- Il voucher è altresì destinato per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso organismi ed enti 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, liberamente scelti dalle famiglie tra gli enti accreditati così come previsto dalle linee guida per l'attuazione del Piano socio sanitario della Regione siciliana (D.P.R.S. 4 novembre 2002).

**REQUISITI**

La persona anziana assistita deve:
a) aver compiuto i 75 anni di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
b) essere cittadino italiano, comunitario, o extra comunitario. Per i nuclei familiari composti da cittadini stranieri, il beneficiario e il familiare richiedente dovranno essere titolari di carta di soggiorno;
c) essere stato dichiarato dalle autorità competenti disabile grave, art.3c.3. L.104/92 o invalido al 100%;
d) essere residente in un Comune della Regione Siciliana.
Per accedere al voucher è necessario presentare certificazione I.S.E.E. (Indicatore situazione economica equivalente) in corso di validità, con un valore massimo di € 7.000,00.

**MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Possono presentare domanda di accesso al beneficio del voucher:
a) l'anziano stesso, in grado di gestire le decisioni della propria assistenza e della propria vita (Allegato A1);
b) i familiari, entro il 4° grado, che accolgono l'anziano nel proprio nucleo e che siano residenti nel territorio regionale da almeno un anno dalla presentazione della domanda; (Allegato A2);
c) il figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana e che sia residente nello stesso comune del beneficiario da almeno un anno dalla presentazione della domanda. (Allegato A3);
Le domande dovranno essere redatte, su specifico schema predisposto dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e delle Autonomie Locali (Allegati A1, A2, A3), secondo le forme della dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, la stessa deve essere presentata presso il comune di residenza del beneficiario, con allegata dichiarazione attestante che il soggetto non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio dell'anno di riferimento.
Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano non autosufficiente, sia del familiare richiedente, ai sensi dell' art. 38 del D.P.R.445/2000;
- attestato I.S.E.E. in corso di validità, rilasciato dagli Uffici abilitati secondo i criteri stabiliti dall'art. 1 del DPCM n.242/01;
- certificazione rilasciata dagli Uffici competenti, dalla quale risulti che l'anziano è stato dichiarato invalido al 100% o disabile grave, art.3c.3. L.104/92.

**TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Le domande dovranno essere consegnate al Protocollo Generale del Comune di Pollina entro e non oltre il 25 Gennaio 2019. Se la domanda è spedita mediante raccomandata postale, fa fede la data di spedizione.

**PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO** Il presente avviso è pubblicato all'albo pretorio on line del Comune di Pollina e sul sito web: www.comune.pollina.pa.it Per tutte le informazioni relative al presente Avviso gli interessati possono rivolgersi al Comune di Pollina
**Il moduli delle domande sono disponibili presso l'ufficio di servizio sociali o scaricabili dal sito web sopraindicato.**

Prot. N 9564 del 19-12-2018

IL SINDACO
(dott.ssa Magda Culotta)

**Allegato Al**

## 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..... tei .....

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'**

**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;

e) 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'arti 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)

**CHD2DE**

**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

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

Firma del Familiare

_____

**Allegato A2**

## 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**

**11** sotto scritto/a..... nato/a a.....

Il..... residente in ..... Via ..... n.....

C.F .....tei.....

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'**

**DICHIARA**

a) che nel proprio nucleo è presente e convivente per vincolo dì parentela, filiazione o affinità il Sig./Sig.ra..... anziano/a che ha compiuto i settantacinque anni e versa in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni dì assistenza ed aiuto personale;
b) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
e) che il suddetto soggetto anziano è slato 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)**

11 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 aU'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 deirart.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%.

_1_ sottoscritto/a si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Il sottoscritto/a dichiara dì 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

_____

**Allegato A3**

## 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 RESPONSABILITA'**

**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 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%.

_l_ 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

.....