



COMUNE DI CASTEL DI IUDICA

Provincia di Catania

C.F. 82001990876- P.IVA 019 78050878-C.C.P.15889959 Tesoreria Comunale - tel. (095) 661288-
servizisociali@comune.casteldiudica.ct.it

**SETTORE : AFFARI GENERALI – SEGRETERIA –PERSONALE- SERVIZI DEMOGRAFICI-
PUBBLICA ISTRUZIONE,SPORT,TURISMO E SPETTACOLO-SERVIZI SOCIALI**

Ufficio Servizi Sociali

AVVISO PUBBLICO

**Prosecuzione Intervento Finalizzato Alla Permanenza o Ritorno In Famiglia Di
Persone Non Autosufficienti Attraverso I Comuni Di Residenza –2019**

SI AVVISA

Che l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche sociali e il Lavoro, con note prot.nn. 40888/2018 e 3296/2019 ha comunicato, per l'anno 2019, la prosecuzione dell'Intervento in oggetto, nei limiti dello stanziamento di bilancio disponibile, attraverso i Comuni di residenza, in forma di un buono di servizio (voucher) per le famiglie che svolgono funzioni assistenziali nei confronti di anziani non autosufficienti. D.A. n. 2753/S6 del 16/12/2014 – Fondi (Stato –Regione)

Beneficiari

L'intervento è **rivolto agli anziani ultrasettantacinquenni non autosufficienti** e persegue misure finalizzate al concorso delle spese sostenute dalla famiglia per la retribuzione di un assistente familiare iscritto all'albo degli assistenti familiari/badanti, preposto alla cura dei soggetti sopra indicati, misure atti a favorire la permanenza o il ritorno in famiglia degli stessi quali alternativa al ricovero presso strutture residenziali.

Per la realizzazione dell'intervento in parola è stata prevista la concessione di un buono di servizio (voucher) per l'acquisto di prestazioni sociali o socio-sanitarie in favore di soggetti anziani ultra 75 anni affetti di grave e dimostrata disabilità o invalidità al 100% conviventi con la famiglia e, quindi, presso la stessa residenti, con una modulazione dell'intervento secondo limiti di reddito determinati in funzione del parametro ISEE familiare per le prestazioni fornite da assistenti familiari presso la propria abitazione.

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 di assistenza domiciliare , liberamente scelti dalle famiglie .

Requisiti e modalità di presentazione delle domande

1. La persona anziana assistita deve:

- a) Avere compiuto i 75 anni di età alla data di scadenza del presente avviso;
- b) essere cittadino italiano, comunitario o extracomunitario. 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 disabile grave o invalido al 100%. Tale stato dovrà essere certificato dalle autorità competenti;
- d) essere residente in un Comune della Regione Siciliana;

2. Per accedere al voucher è necessario presentare al Comune una certificazione ISEE, riferita al periodo di imposta 2017, con un valore massimo di € 7.000,00 (parametro di riferimento utilizzato quello della social card) dell'intero nucleo familiare in corso di validità;

3. Possono presentare domanda esclusivamente presso il Comune di residenza:

- a) l'anziano stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita (Allegato A1);
- b) familiari, entro il 4° grado, che accolgono l'anziano nel proprio nucleo e che siano residenti nel territorio regionale da almeno un anno alla data di presentazione della domanda (Allegato A2);
- c) il figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana purchè sia residente nello stesso comune del beneficiario e che sia residente nel territorio regionale da almeno un anno alla data di presentazione della domanda (Allegato A3).

4. La domanda deve essere redatta su specifico schema predisposto dal predetto Assessorato secondo le forme della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi degli artt. 46 e segg. del DPR 28.12.2000, n. 445, la stessa deve essere presentata presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza del beneficiario, entro il 22 febbraio 2019 , farà fede il timbro dell'Ufficio protocollo del Comune di residenza, con allegata dichiarazione che il soggetto non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento.

Documentazione da allegare alla domanda, obbligatoria ai fini dell'ammissione al beneficio:

- a) Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano non autosufficiente, sia del familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000;
- b) Attestato ISEE dell'intero nucleo familiare in corso di validità rilasciato dagli uffici abilitati;
- c) Certificazione, rilasciata dagli uffici competenti, dalla quale risulti che l'anziano è stato dichiarato disabile grave o invalido al 100%.

Il modello di domanda puo' essere ritirato presso i servizi sociali del Comune di Castel di Iudica, sito in piazza Marconi n. 1; o puo' essere scaricato dal sito istituzionale del Comune al seguente indirizzo: <http://www.comune.casteldiudica.ct.it>

VICE SINDACO
Simona Orlando

Simona Orlando



SINDACO
Ruggero Strano

CAPO SETTORE
Affari Generali - Serv. Demografici - Pubblica Istruzione
Sport Turismo e Spettacolo - Servizi Sociali
Salvatore Nicotra

Salvatore Nicotra

**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, oltre si, 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

.....

 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 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%.

 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

.....