

UFFICIO PIANO DEL DSS 45

AVVISO PUBBLICO

ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI, DISABILI E PORTATORI DI BISOGNI TEMPORANEI AZIONE "A CIASCUNO IL SUO"

Risorse a valere del FNPS 2016 - 2017 - 2018 - 2019 e dei Piani di zona 18/19 e 19/20

SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (S.A.D.) in favore di persone anziane, dei disabili e portatori di bisogni temporanei residenti nei Comuni afferenti al Distretto Socio Sanitario n. 45 (Modica Scicli Ispica e Pozzallo) in ottemperanza a quanto previsto dalla scheda di dettaglio Azione 11 ("A Ciascuno il suo") contenuta nel Piano di Zona 2018 -2019 e, in prosecuzione, con l'azione 5 del Piano di Zona 2019-2020.

Si specifica che chi usufruisce già di servizi domiciliari e/o prestazioni monetarie o comunque servizi analoghi, non può accedere immediatamente alle prestazioni previste dal presente avviso che, tuttavia, potranno essere erogate in continuità a precedenti servizi alle persone che, su indicazione del Servizio Sociale professionale, ne hanno un bisogno immediato e urgente e per le quali non può essere sospeso il servizio.

1. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio di assistenza domiciliare, consiste nell'erogazione di prestazioni a domicilio attinenti la quotidianità e viene erogato nei confronti di famiglie che manifestano un bisogno e sono in carico al servizio sociale professionale di uno dei Comuni del Distretto n. 45.

Al servizio si accede, per un tempo limitato, a seguito di istanza dall'interessato al Comune di residenza corredata dalla documentazione prevista al presente avviso.

2. PRESTAZIONI PREVISTE

Le prestazioni, fornite dagli Enti del Terzo Settore Accreditati che costituiscono l'albo degli enti accreditati per i servizi alla disabilità e non autosufficienza, sono le seguenti:

- Aiuto domestico (riordino e pulizia della casa)
- Aiuto per l'igiene e cura della persona
- Acquisto alimenti e Preparazione dei pasti
- Sostegno sociale e psicologico
- Disbrigo pratiche
- trasporto senza assistenza.

Il servizio sarà erogato secondo quanto previsto dal PAI elaborato dall'assistente sociale che ha in carico il nucleo familiare.

3. PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

4.

I richiedenti possono presentare apposita istanza utilizzando la modulistica già predisposta da scaricare dai siti istituzionali dei Comuni di Modica, Scicli, Ispica e Pozzallo, nella sezione "Avviso bandi e gare"

L'istanza, completa della documentazione richiesta potrà essere presentata anche da un familiare e/o altra persona incaricata, qualora il diretto interessato sia impossibilitato.

Il termine per la presentazione delle istanze unitamente alla documentazione sopra richiesta è fissato entro e non oltre 31.05.2023.

- Comune di Modica, Servizi Sociali – Palazzo Campailla;
- Comune di Scicli, via Nazionale n. 33;
- Comune di Ispica, Servizi alla Persona – Via dell'Architettura;
- Comune di Pozzallo, Via Bellini, n. 8;

le istanze pervenute entro i termini saranno valutate dal Servizio Sociale Professionale di ciascun comune del DSS 45.

Le istanze pervenute oltre termine indicato, pur non essendo immediatamente ammesse, verranno collocate in coda nella graduatoria e saranno considerate in caso di scorrimento della stessa.

I beneficiari del servizio, in possesso dei predetti requisiti, saranno individuati mediante la stesura di apposita graduatoria comunale che verrà pubblicata sui relativi siti comunali.

4.DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- Modello I.S.E.E. Socio sanitario relativamente al reddito prodotto nell'anno in corso con allegata Dichiarazione Sostitutiva Unica, DSU, sottoscritta dal dichiarante, in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento ;
- Per gli anziani non autosufficienti e disabili:
 - copia del verbale della Commissione di Invalidità Civile ed eventuale indennità di accompagnamento;
 - certificazione ai sensi della Legge 104 del 1992 attestante le condizioni di portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3).

5. DEFINIZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA E DELLE RISORSE

Al servizio si accede, a seguito di istanza dell'interessato al Comune di residenza, previa pubblicazione di bando pubblico, corredata dalla documentazione richiesta. La graduatoria sarà redatta secondo i criteri definiti dal presente avviso.

Il servizio è reso tramite Voucher orari e ciascun anziano/famiglia potrà scegliere la Cooperativa che erogherà il servizio fino ad esaurimento delle risorse finanziarie disponibili.

La valutazione dei casi andrà fatta tenendo conto del possesso dei requisiti previsti dalle normative vigenti e applicando, per ciascuno di essi, un punteggio come appresso specificato:

RICHIEDENTE	PUNTI
NUCLEO FAMILIARE MONOCOMPONENTE	10
CON SUPPORTO FAMILIARE	5
SENZA SUPPORTO FAMILIARE	8

6. ISTRUTTORIA E AMMISSIONE AL SERVIZIO

A parità di punteggio, la precedenza in graduatoria è data dal minor reddito ai fini ISEE e, in caso di parità di valore di quest'ultimo, avrà la precedenza il destinatario la cui situazione sociale sia valutata maggiormente a rischio dal Servizio Sociale Professionale competente.

Ove il numero delle istanze ecceda la disponibilità, verrà formata una lista d'attesa.

7. SOSPENSIONE

Il servizio può essere sospeso temporaneamente, su richiesta, presentata al Servizio Sociale Comunale, da parte dell'utente o di un suo familiare, specificando il periodo e le motivazioni. Cinque giorni prima dello scadere del periodo di sospensione, l'utente o un suo familiare è tenuto a comunicare le sue intenzioni (ripresa del servizio o rinuncia definitiva).

Eventuali assenze dovute a ricoveri temporanei non determinano la dimissione dal servizio.

8. MODALITA' DI GESTIONE

Il servizio è gestito mediante il sistema di accreditamento e voucher orari per assicurare la massima scelta e flessibilità alle famiglie. Pertanto ad ogni utente avente diritto, ciascun comune assegnerà un numero di voucher orari corrispondente, nel rispetto del budget assegnato. L'Ente accreditato sarà scelto liberamente dalle famiglie tra gli enti inseriti negli appositi elenchi.

9. CESSAZIONE E RIDUZIONE

Il servizio può cessare o essere ridotto nei seguenti casi:

- richiesta scritta dell'utente;
- decesso;
- ricovero prolungato in struttura(>60 giorni)
- sospensione prolungato (> 60 giorni)
- qualora vengano meno i requisiti di ammissione;
- qualora venga meno il rispetto nei confronti del personale (molestie, aggressioni anche verbali, minacce) in forma ripetuta;
- qualora l'utente sia assente dal domicilio per più di tre volte nell'orario in cui deve essere effettuata la prestazione, senza avvertire il personale;

10. INFORMAZIONI

È possibile reperire tutte le informazioni utili alla presentazione della domanda di accesso al servizio presso gli uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza.

Modica 08 Maggio 2023

Il Responsabile del procedimento

Dott.ssa Antonia Papa




Il Responsabile dell'Ufficio Piano
Dott. Giorgio Paolo Di Giacomo


DISTRETTO
SOCIO SANITARIO



DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI, DISABILI E PORTATORI DI BISOGNI TEMPORANEI .

Risorse a valere del FNPS 2016 – 2017 – 2018 - -2019 e dei Piani di zona 18/19 e 19/20

(modulo da compilare in stampatello)

RICHIEDENTE

Il/lasottoscritto/a (cognome).....(nome).....
Nato/a.....Prov.di.....il.....
Residente in.....via.....n.....
Telefono.....Codice fiscale.....Età.....

CHIEDE

l'assegnazione del voucher sociale, in ottemperanza a quanto previsto dalla scheda di dettaglio Azione I (A Ciascuno il suo) contenuta nel Piano di Zona 2018 -2019 in prosecuzione 2019-2020, per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare rivolto ad anziani.

A tal fine, a conoscenza del disposto dell'art.76 del DPR445/2000 che testualmente recita:

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4- 2° comma- (impedimento temporaneo) sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. (omissis).

fermo restando, a norma del disposto dell'art.75del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1. Di essere nato il.....a..... ;
2. Di essere residente ain via..... n.....
3. Di essere/non essere stato riconosciuto/a invalido/a civile, con percentuale d'invalidità del%, come da verbale numero.....del.....rilasciato dadi.....

**Il richiedente
DICHIARA INOLTRE**

- Di vivere da solo
oppure
 - Di vivere con i seguenti componenti il proprio nucleo familiare:
- _____

Cognome Nome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Rapporto di parentela con il richiedente

1. Di non percepire l'indennità di accompagnamento e che nessun altro componente della famiglia ne beneficia;
2. Di non avere figli;

OPPURE

- Tutti i figli vivono fuori dal territorio comunale;
- Tutti i figli si trovano in precaria situazione sanitaria;
- tutti i figli sono impossibilitati a prestare assistenza in quanto gli stessi si prendono cura di un parente convivente in grave difficoltà sanitaria.

(Nelle ultime due fattispecie è obbligatorio presentare certificazione medica specialistica di strutture pubbliche)

3. di autorizzare l'Ufficio di Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza ad effettuare visite domiciliari ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sulla assistenza prestata;
4. di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza: eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
5. eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessita dei servizi resi;
6. Non saranno ammesse domande presentate oltre il termine previsto dal presente avviso né sarà prevista la presentazione di ulteriore documentazione integrativa oltre lo stesso termine.

.....,data.....

FIRMA

Alla domanda dovranno essere allegati i seguenti documenti:

1. Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Eventuale documentazione a supporto delle dichiarazioni rese.

CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto/a dopo essere stato informato ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy (D. lgs 196 del 30 giugno 2003); preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;

ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati che li riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data _____

FIRMA