



COMUNE DI MELILLI
Provincia di Siracusa

Prot. in Partenza
N. 0003237 del 07-02-2019

Allegato C

RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE SUL SITO COMUNE DI MELILLI

All'Ufficio Comunicazione
homepage@comunemelilli.it

Oggetto: INTERVENTO FINALIZZATO ALLA PERMANENZA O RITORNO IN
FAMIGLIA DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ATTRAVERSO I COMONI DI RESIDENZA

Durata pubblicazione: Dal 07-02-2019 Al 22-02-2019

Home page comune di Melilli

Testo da pubblicare

INTERVENTO FINALIZZATO ALLA PERMANENZA O RITORNO IN
FAMIGLIA DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ATTRAVERSO
I COMONI DI RESIDENZA

Allegati da pubblicare

Formato File PDF

Nome file inviato AVVISO INTERVENTO FINALIZZATO

Melilli li 07-02-2019

Il Responsabile di settore



COMUNE DI MELILLI

Melilli
Terrazza degli Iblei

PROVINCIA DI SIRACUSA

INTERVENTO FINALIZZATO ALLA PERMANENZA O RITORNO IN FAMIGLIA DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ATTRAVERSO I COMUNI DI RESIDENZA.

AVVISO

Visto l'Avviso ex D.A. N. 2753/s6 del 16 Dicembre 2014 pubblicato sulla GURS n. 4 del 23/01/2015, con il quale l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro ha approvato un intervento di sostegno in buono di servizio (voucher) per le famiglie che svolgono funzioni assistenziali nei confronti di anziani non autosufficienti, in ordine all'utilizzo delle economie fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

Che al fine di favorire la permanenza nel proprio contesto di vita e di relazioni, o il ritorno in famiglia di persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti, è previsto un intervento di supporto assistenziale attraverso la concessione di un buono di servizio (voucher) per le famiglie che svolgono funzioni assistenziali nei confronti di anziani non autosufficienti.

Che al fine di consentire la prosecuzione dell'intervento, secondo le modalità già previste dal citato ex D.A. 2573/2014 ed intervenire finanziariamente in favore delle famiglie, in possesso dei requisiti previsti dall'avviso, nei limiti delle risorse disponibili, con l'erogazione di un contributo economico alle famiglie, sotto forma di buono servizio (VOUCHER), riservato alla retribuzione di un assistente familiare proposto alla cura di soggetti anziani ultra sessantacinquenni affetti da grave disabilità o invalidità al 100% conviventi con la famiglia e presso la stessa residenti

Destinatari del VOUCHER sono le famiglie che nel territorio regionale, mantengono la persona anziana non autosufficiente nel proprio contesto di vita e di relazioni attraverso interventi di supporto assistenziali gestiti direttamente.

-,., Requisiti dei soggetti richiedenti:

La persona anziana assistita deve:

- aver compiuto i 75 anni di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
- 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;
- essere stato dichiarato disabile grave o invalido al 100%. Tale stato dovrà essere certificato dalle autorità competenti;
- essere residente nel comune di MELILLI e usufruire di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato;
- avere una certificazione ISEE, riferita al periodo d'imposta 2017, con un valore massimo di €.7.000,00 dell'intero nucleo familiare in corso di validità;

Possono presentare domanda:

- l'anziano stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita; (ALL. A1)
- 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 data di presentazione della domanda; (ALL.A2);

- il figlio non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana, purché sia residente nello stesso Comune del beneficiario e che siano residenti nel territorio regionale da almeno un anno alla data di presentazione della domanda. (ALL. A3)

La domanda, redatta su specifico schema predisposto dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, secondo le forme della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi degli artt.46 e segg. del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 con allegata dichiarazione che il soggetto non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento.

Il modello di domanda è disponibile presso l'Ufficio dei Servizi Sociali in del Comune di Melilli o scaricabili dal sito web Istituzionale: www.comune.melilli.sr.it dovrà pervenire entro e non oltre **venerdì 22 febbraio 2019**, corredata dalla seguente documentazione:

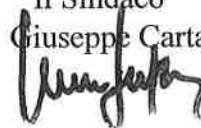
1. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano non autosufficiente, sia del familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
2. Attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità, certificante i redditi 2017, rilasciato dagli Uffici abilitati, non superiore a € 7.000,00;
3. certificazione, rilasciata dall'ASP competente dalla quale risulti che l'anziano è stato dichiarato invalido al 100% o disabile grave.

Melilli 07/02/2019

L'Assessore alle Politiche Sociali
Dott. Giuseppe Corradino



Il Sindaco
Giuseppe Carta



**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 sottoclencata 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

.....

 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%.

 I 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%.

1 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

.....