

DICHIARA

- di essere in una condizione di non autosufficienza NON GRAVE e comunque non bisognosa di cure sanitarie stabili;
 - di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al servizio sociale del Comune di residenza, per iscritto, ogni variazione relativa alla condizione di salute;
 - di aver bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:
-
-
-

DICHIARA altresì,

- di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale per persone con disabilità e di tutte le condizioni in esso contenute, che con la firma apposta in calce alla presente istanza di ammissione si intendono espressamente accettate, e di impegnarsi ad osservarle tutte senza riserva alcuna;
- di aver preso visione del regolamento di compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari dell'Ambito S07;
- che il reddito I.S.E.E. del proprio nucleo familiare, riferito all'anno in corso, è di € _____;
- di possedere l'accertamento della disabilità ex lege n. 104/92;
- che il proprio nucleo familiare, intendendo per tale le persone che coabitano, è composto da:

| NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA |
|------|---------|-----------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Si allega:

- o Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
- o Certificazione I.S.E.E. relativa all'anno in corso;
- o Verbale di accertamento disabilità ex lege n. 104/92.

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), al trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente, forniti in sede di presentazione della presente domanda o comunque acquisiti a tal fine dal Comune di _____ e dall'Ambito S07 per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare in oggetto.

Luogo e data _____

Firma



PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI

AMBITO S07 "CALORE SALERNITANO - ALBURNI"

Comune capofila Roccadaspide
- Ufficio di Piano -



AVVISO PUBBLICO

PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ (SAD DISABILI) NEI COMUNI DELL'AMBITO S07

Il Sindaco del comune capofila dell'Ambito territoriale S07 in esecuzione a quanto previsto dal Piano Sociale di Zona,

RENDE NOTO

che è indetto avviso pubblico per la formazione di una graduatoria per l'ammissione al servizio di Assistenza domiciliare socio-assistenziale per persone con disabilità da realizzarsi nei comuni appartenenti all'Ambito S07.

FINALITÀ E ATTIVITÀ PREVISTE

L'assistenza domiciliare a carattere prevalentemente socio-assistenziale è un servizio rivolto a persone con disabilità con limitata autonomia, che vivono soli e/o che vivono con famiglie non sufficientemente in grado di assicurare l'assistenza per la cura della persona, della casa e l'aiuto nello svolgimento di attività quotidiane.

Le attività specifiche del servizio socio-assistenziale di assistenza domiciliare sono:

- 1) aiuto per favorire l'autosufficienza della persona nelle attività giornaliere;
- 2) aiuto per l'igiene personale;
- 3) aiuto alla persona nel vestirsi, nel muoversi, nel prendere i pasti;
- 4) accompagnamento per il disbrigo di pratiche e per prestazioni sanitarie o per incontrare parenti, amici e vicini;
- 5) aiuto nella pulizia dell'alloggio e nelle attività domestiche; riordino della stanza e del letto, cambio della biancheria, bucato, stiratura e cucito, preparazione dei pasti;
- 6) accompagnamento per la fruizione di luoghi di interesse culturale e ludico-ricreativo;
- 7) interventi di segretariato sociale;
- 8) supporto ad utenti e familiari.

DESTINATARI

Il servizio è rivolto a persone con disabilità fino a 64 anni di età residenti nei comuni dell'Ambito S07 (Albanella, Aquara, Bellosguardo, Capaccio, Castel San Lorenzo, Castelcivita, Controne, Corleto Monforte, Felitto, Giungano, Laurino, Magliano Vetere, Monteforte Cilento, Ottati, Piaggine, Roccadaspide, Roscigno, Sacco, Sant'Angelo a Fasanella, Trentinara, Valle dell'Angelo).

Per accedere al servizio, inoltre, i richiedenti non devono beneficiare, a pena di esclusione:

- di altri servizi simili di tipo domiciliare previsti da altri Enti, quali INPS, Regione, etc.;
- di assegni di cura.

ACCESSO AL SERVIZIO

L'istanza di ammissione al servizio di cui al presente avviso, redatta secondo il modulo allegato al presente Avviso, dovrà pervenire all'Ufficio Protocollo del proprio comune di residenza o tramite PEC all'indirizzo protocollo@pec.comune.roccadaspide.sa.it entro e non oltre le ore 12.00 dell'11 febbraio 2019.

Ai fini della validità delle istanze pervenute la data di presentazione delle stesse è stabilita dal protocollo di arrivo o di consegna al comune di residenza, senza che per le domande spedite a mezzo raccomandata o altro mezzo possa far fede il timbro e la data dell'Ufficio postale accettante.

L'istanza di ammissione dovrà essere corredata, a pena di esclusione, dalla seguente documentazione:

- copia di idoneo documento di riconoscimento;
- copia del certificato legge 104/92;
- attestazione ISEE 2019.



PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI

AMBITO S07 "CALORE SALERNITANO - ALBURNI"

Comune capofila Roccadaspide

- Ufficio di Piano -



Può presentare domanda un solo componente del nucleo familiare.

Il Servizio Sociale professionale dell'Ambito S07 fornirà informazioni ed aiuto all'utente circa la compilazione dell'istanza, sulle condizioni e modalità di accesso.

VALUTAZIONE E CRITERI DI FORMULAZIONE GRADUATORIA

Per la valutazione dei richiedenti sarà adottata la scheda di valutazione di bisogno sociale (ex SFAAR) al fine di determinare la graduatoria di persone beneficiarie.

La graduatoria è approvata con provvedimento del Responsabile dell'Ufficio di Piano da trasmettere al soggetto gestore del servizio e verrà pubblicata all'Albo Pretorio On Line del Comune capofila e dei Comuni dell'Ambito. Ai soli beneficiari sarà data comunicazione dell'avvenuta ammissione al servizio.

La valutazione dei beneficiari avverrà, in sede di commissione, dagli assistenti sociali territorialmente competenti dei Comuni dell'Ambito S07 e da un referente dell'ufficio di piano.

Saranno redatte due graduatorie distinte, una per le persone con disabilità ed una per gli anziani.

Per l'ammissione in graduatoria si terrà conto del livello di bisogno sociale risultante dal punteggio della scheda di valutazione di bisogno sociale (ex SFAAR). Specificamente, saranno ammessi i seguenti livelli di bisogno sociale:

- pt. 0,61 - 0,80 = medio-alto;
- pt. 0,81 - 1 = alto.

A parità di punteggio si darà priorità agli utenti con condizione economica più svantaggiata.

L'assistente sociale territorialmente competente provvede all'analisi dell'istanza per verificare l'ammissibilità al servizio attraverso i seguenti criteri: - visita domiciliare; - compilazione scheda di valutazione; - istruttoria delle istanze ed invio all'ufficio di piano.

PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI AL COSTO DEL SERVIZIO

La quota di compartecipazione al costo del servizio, pari ad € 6,00 (seieuro/00) all'ora, è calcolata tenendo conto dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare del richiedente, secondo i seguenti criteri:

- saranno esenti dalla compartecipazione al servizio gli utenti con ISEE pari o inferiore ad € 10.670,61 (diecimilacinquecentocinquantaquattro/34);
- saranno tenuti a corrispondere per intero il costo unitario del servizio gli utenti con ISEE pari o superiore ad € 29.010,71;
- per qualsiasi valore I.S.E.E. compreso tra le soglie di cui ai precedenti punti il soggetto richiedente la prestazione sarà tenuto a corrispondere una quota di compartecipazione determinata rapportando il valore ISEE al costo della prestazione agevolata.

I versamenti delle quote di compartecipazione da parte degli utenti, sulla base delle ore di prestazioni effettivamente fruite, dovranno essere effettuati con frequenza trimestrale, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'importo da pagare, mediante bonifico bancario o pagamento diretto alla Tesoreria comunale Codice IBAN - IT 64 I083 4276 0500 0101 0012 833 e intestato a: Comune di Roccadaspide - Servizio di Tesoreria comunale, specificando la causale "Piano di Zona S07 - SAD disabili - trimestre.....".

Tale comunicazione sarà trasmessa dall'Ufficio di Piano, con lettera A.R. o per il tramite delle Assistenti sociali, ogni tre mesi a tutti gli utenti del servizio ed indicherà il numero di ore di assistenza domiciliare effettivamente erogate nel periodo in esame, la quota di compartecipazione economica oraria e il costo complessivo relativo al periodo di riferimento.



PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI

AMBITO S07 "CALORE SALERNITANO - ALBURNI"

Comune capofila Roccadaspide

- Ufficio di Piano -



Al mancato pagamento entro i termini stabiliti consegue un provvedimento di diffida a provvedere all'adempimento dovuto, e, successivamente la sospensione del servizio, fatta salva la procedura per il recupero coattivo delle somme dovute.

Il beneficiario dovrà, comunque, corrispondere le quote dovute per le ore in cui dovesse risultare assente dall'abitazione senza averne data comunicazione entro le ventiquattro ore antecedenti.

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Saranno automaticamente escluse le domande:

- inviate o pervenute oltre il termine di scadenza indicato;
- non debitamente sottoscritta dal soggetto richiedente;
- non complete della documentazione richiesta compresa la copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

I dati dei quali i Comuni dell'Ambito S07 entreranno in possesso a seguito del presente avviso, saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di cui al D.Lgs. n.196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e comunque utilizzati esclusivamente per le finalità legate alla gestione dell'avviso medesimo.

DISPOSIZIONI FINALI

Per tutto quanto non previsto dal presente avviso si rinvia alle normative di riferimento.

Si attribuisce la Responsabilità del procedimento al sottoscritto Responsabile dell'Ufficio di Piano S07.

Il presente avviso è reperibile presso gli uffici di servizio sociale del Comune di residenza e in Internet sul sito del comune capofila Roccadaspide www.comune.roccadaspide.sa.it, nonché sui siti istituzionali dei Comuni dell'Ambito S07.

Roccadaspide, lì 23.01.2019

F.to Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
Ambito S07
d.ssa Fulvia GALARDO

F.to Il Sindaco del comune di Roccadaspide
capofila Ambito S07
Avv. Gabriele IULIANO

DICHIARA

di essere in una condizione di non autosufficienza NON GRAVE e comunque non bisognosa di cure sanitarie stabili;

di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al servizio sociale del Comune di residenza, per iscritto, ogni variazione relativa alla condizione di salute;

di aver bisogno delle seguenti prestazioni di assistenza e sostegno domiciliare:

DICHIARA altresì,

di aver preso visione dell'avviso pubblico per l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale per persone con disabilità e di tutte le condizioni in esso contenute, che con la firma apposta in calce alla presente istanza di ammissione si intendono espressamente accettate, e di impegnarsi ad osservarle tutte senza riserva alcuna;

di aver preso visione del regolamento di compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari dell'Ambito S07;

che il reddito I.S.E.E. del proprio nucleo familiare, riferito all'anno in corso, è di € _____;

di possedere l'accertamento della disabilità ex lege n. 104/92;

che il proprio nucleo familiare, intendendo per tale le persone che coabitano, è composto da:

| NOME | COGNOME | DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA |
|------|---------|-----------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Si allega:

- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
- Certificazione I.S.E.E. relativa all'anno in corso;
- Verbale di accertamento disabilità ex lege n. 104/92.

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.Lgs 196/2003e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), al trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente, forniti in sede di presentazione della presente domanda o comunque acquisiti a tal fine dal Comune di _____ e dall'Ambito S07 per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare in oggetto.

Luogo e data _____

Firma
