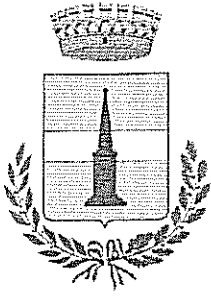


COMUNE DI CASSARO

Libero Consorzio di SIRACUSA

Cap 96010 - Tel. 0931 877608-609 -P Fax 0931 877609

Città Patrimonio dell'Umanità * World Heritage List Unesco



Ufficio
Amministrativo

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: Prosecuzione intervento finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di persone non autosufficienti attraverso i Comuni di residenza. D.A. n. 2753/S6 del 16/12/2014 – (Fondi Stato – Regione).

Si rende noto che in seguito alla nota prot. n. 40888/S6 del 12/12/2018 trasmessa dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro, di cui in oggetto, i cittadini, in possesso dei requisiti richiesti dal suddetto Decreto Assessoriale, possono inoltrare istanza entro e non oltre il 30 Gennaio 2019 presso l'Ufficio Protocollo del Comune.

I moduli per la presentazione delle istanze sono disponibili presso l'Ufficio dei Servizi Sociali o scaricabili dal sito istituzionale www.comunedicassaro.it

Si allegano al presente avviso:

- Nota prot. n. 40888/S6 del 12/12/2018 dell'Assessorato Regionale;
- Modulistica.

Cassaro 08/01/2019



IL SINDACO

Avv. Mirella Garro



Regione Siciliana

Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro

Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali

Servizio VI - Politiche della famiglia e giovanili

Via Trinacria 34/36-90144 Palermo

Prot. n. 60888/S6 del 12.12.2018

Responsabile del procedimento: Dott.ssa Patrizia Riotta tel:0917074307-e-mail:patrizia.riotta@regione.sicilia.it

Sostituto responsabile del procedimento: M.Linda La Grassa tel.0917074273.e-mail:mlinda.lagrassa@regione.sicilia.it

Oggetto: Prosecuzione intervento finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di persone non autosufficienti attraverso i Comuni di residenza. D.A. n. 2753/S6 del 16.12.2014 - Fondi (Stato - Regione).

Ai Responsabili dei Servizi Sociali
dei Comuni dell'Isola
LORO SEDI

Si rappresenta che questo Dipartimento con nota prot. n. 36382 dell'8.11.2018 ha chiesto alla Presidenza del Consiglio dei Ministri di potere utilizzare le economiche derivanti dall'utilizzo delle risorse destinate dall'Intesa 19 aprile 2012 (48/CU) e dall'art. 4 del relativo Accordo attuativo del 4 marzo 2014, ad interventi rivolti ad anziani non autosufficienti, per la concessione di un sostegno economico alle famiglie - sotto forma di buono di servizio (voucher)-riservato alla retribuzione di un'assistente familiare preposto alla cura di soggetti anziani ultrasessantacinquenni affetti da grave disabilità o invalidità al 100% conviventi con la famiglia e presso la stessa residenti.

Il Dipartimento nazionale per le politiche della famiglia, verificata la coerenza dell'iniziativa descritta indicate nell'art.3, comma 2, lett.b) dell'Intesa e dell'Accordo attuativo sopra menzionati, ha espresso parere favorevole in ordine all'utilizzo delle economiche per la realizzazione di un intervento in prosecuzione dell'Avviso ex D.A. n.2753/S6 del 16.12.2014, riportante criteri e modalità per favorire la permanenza o ritorno in famiglia di persone non autosufficienti.

Per quanto sopra esposto, al fine di consentire a questo Assessorato di porre in essere quanto necessario per la prosecuzione dell'Intervento secondo le modalità già previste dal citato ex D.A. 2753/2014, ed intervenire finanziariamente a favore delle famiglie in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso, nei limiti delle risorse disponibili, si invitano le SS.LL. in indirizzo a volere predisporre un Avviso che preveda erogazione di un contributo economico alle famiglie - sotto forma di buono di servizio (voucher)- riservato alla retribuzione di un'assistente familiare preposto alla cura di soggetti anziani ultrasessantacinquenni affetti da grave disabilità o invalidità al 100% conviventi con la famiglia e presso la stessa residenti, tenendo presente che i criteri da utilizzare per l'accertamento dei requisiti devo essere i medesimi di cui all'ex D.A. 2753/2014.

I Comuni, a seguito di istruttoria ed accertamento dei requisiti dei richiedenti il beneficio, dovranno comunicare a questo Dipartimento, **entro e non oltre il 30 gennaio 2019**, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata dipartimento.famiglia@certmail.regione.sicilia.it l'elenco degli aventi diritto per consentire la ripartizione delle somme fino ad esaurimento delle risorse disponibili. Le istanze pervenute fuori termine resteranno fuori dal piano di riparto.

Il Dirigente del Servizio 6

Dott. Antonio Grasso



**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, 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 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%.

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

.....

**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) di risiedere nello stesso Comune dell'anziano di cui sopra;
- c) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- d) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile grave ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
- e) 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 c/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

.....

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

Firma del richiedente

.....

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto pubblicato mediante affissione all'Albo Pretorio del Comune per quindici giorni consecutivi dal 08.01.2019 al 30.01.2019 con il n. 26 del registro delle pubblicazioni.

Cassaro li 08.01.2019.....

Il Messo Comunale

OPPOSIZIONI

IL SEGRETARIO COMUNALE

Atto immediatamente esecutivo

Cassaro li.....

Il Segretario Comunale
