

AVVISO PUBBLICO PER L' ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE RIVOLTO A PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

OGGETTO DELL' AVVISO

Il presente Avviso Pubblico ha per oggetto il servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale previsto nelle Azioni di Rafforzamento Territoriale per i servizi di cura agli Anziani non autosufficienti, con un'età superiore a 65 anni.

FINALITA' DELL' INTERVENTO E ATTIVITA'

Il servizio è finalizzato a favorire la permanenza delle persone anziane nel loro ambiente abitativo e sociale, mantenendo la loro autonomia, qualora abbiano necessità di aiuto a domicilio per il soddisfacimento dei bisogni essenziali relativi alla cura della persona ed al governo della casa. Il servizio è rivolto a persone anziane non autosufficienti che vivono da soli e/o con famiglie non in grado di assicurare un buon livello di assistenza per la cura e l'igiene della persona, della casa e l'aiuto nello svolgimento di attività quotidiane

Il servizio comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale così articolate:

- ✓ aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane;
- ✓ sostegno alla mobilità personale;
- ✓ aiuto per l'igiene e la cura della persona;
- ✓ aiuto per la pulizia della casa;
- ✓ cambio della biancheria, bucato, stiratura e cucito;
- ✓ preparazione dei pasti;
- ✓ aiuto nello svolgimento di pratiche amministrative e di accompagnamento presso uffici;
- ✓ attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali.

ARTICOLAZIONE DELL' INTERVENTO

L' Ambito Territoriale Salerno 8 intende erogare il servizio a n. 140 utenti mediante l'assegnazione di ticket sociali da spendere presso Organismi del Terzo Settore accreditati per l'erogazione del servizio e all'uopo individuati. Ad ogni utente verranno assegnati n. _96_ ticket da spendere nell'arco di __4__ mesi, con una media di 6 ore settimanali. Ogni ticket corrisponde ad un' ora di servizio.

DESTINATARI E REQUISITI D' ACCESSO

Sono ammessi ai servizi di cui al presente bando persone ultrassessantacinquenni non autosufficienti ed in condizioni di fragilità sociale.

Sono esclusi coloro che usufruiscono di assistenza domiciliare integrata, assegno di cura, progetto HCP, servizi semiresidenziali e residenziali sia socio sanitari che socio assistenziali.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE ED UFFICIO COMPETENTE

Per accedere al servizio gli interessati dovranno compilare il modello di domanda e l'informativa sulla privacy, predisposti dall'Ufficio di Piano ed allegati al presente Avviso rispettivamente quali allegato 1 e allegato 2.

La domanda di partecipazione, presentata dall'interessato, da un familiare entro il 4° grado o da una persona esercente le funzioni legali di tutela dell'anziano (tutore/curatore/amministratore di sostegno), dovrà essere corredata dalla seguente documentazione, pena l'esclusione:

- certificazione del medico di famiglia o dell' ASL che attesti la condizione di non autosufficienza;
- attestazione ISEE rilasciata ai sensi della vigente normativa;
- copia documento d'identità del richiedente in corso di validità, e di colui che presenta istanza, se diverso dal richiedente.

L' istanza dovrà pervenire al Protocollo dell' Ufficio Piano di zona dell' Ambito S8 sito in Vallo della Lucania in piazza Vittorio Emanuele n 44 in busta chiusa e consegnata a mano o tramite pec all' indirizzo pianosocialedizonavallo@legalmail.it. Sulla busta chiusa, se consegnata a mano, dovrà essere indicata la dicitura "Istanza servizio ADA", mentre, in caso di consegna tramite pec, l' oggetto della mail dovrà indicare "ISTANZA ADA"

Il termine ultimo di scadenza è fissato per il 23/02/2023 alle ore 13:00.

AMMISSIONE AL SERVIZIO E GRADUATORIA

Le istanze pervenute, nelle modalità indicate nel precedente punto, verranno verificate, anche a campione, dall'assistente sociale di competenza territoriale.

L' Ufficio di Piano provvederà a redigere apposita graduatoria sulla base dei seguenti punteggi:

A) ETÀ

- Dal 76° anno compiuto in poi 5 punti
- Dal 71° anno compiuto al 75° anno compiuto 3 punti
- Dal 65° anno compiuto al 70° anno compiuto 1 punto

B) CONDIZIONI FAMILIARI

- Anziano che vive solo senza rete parentale 10 punti
- Anziano che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti 8 punti
- Anziano che vive solo con figli residenti fuori dal Comune 6 punti

Ufficio di Piano Ambito S/8

p.zza Vittorio Emanuele n.26Vallo della Lucania (SA)

Tel. 0974 714226 Fax 0974 714256 e-mail: pianosocialedizonavallo@legalmail.it

Anziano che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori dal Comune 5 punti
Anziano che vive solo con figli residenti nel Comune 4 punti

C) CONDIZIONI SOCIO-AMBIENTALI ED ECONOMICHE

Condizioni Abitative

Casa situata in zona periferica 5 punti

Casa situata in zona centrale 2 punti

Condizione Economica

I.S.E.E. del nucleo familiare PUNTI (max 5)

DA € 0,00 A € 5.000,00 5

DA €5.000,01 A € 10.000,00 4

DA € 10.000,01 A €15.000,00 3

DA € 15.000,01 A € 20.000,00 2

da € 20.000,01 ad €. 29.156,049 1

L'utente ammesso in graduatoria dovrà corrispondere, se dovuto, l'importo della compartecipazione così come previsto dal Regolamento d'Ambito, sulla base degli ultimi dati ISTAT e del trattamento minimo previdenziale relativo all'anno 2023.

Il servizio sarà attivato esclusivamente dopo la verifica dell'effettivo versamento della quota dovuta, nel mese precedente.

Si precisa: a parità di punteggio avrà accesso l'utente con ISEE inferiore, a parità di punteggio e di ISEE avrà priorità l'utente che avrà presentato per primo l'istanza seguendo l'ordine cronologico del Protocollo.

SCORRIMENTO In caso di rinuncia, decesso, trasferimento del beneficiario si procederà allo scorrimento delle lista d'attesa.

DIRITTO DI ACCESSO AI SERVIZI

- Il diritto ad usufruire dei servizi viene meno nei seguenti casi:
- ricovero definitivo in strutture residenziali per anziani;
- ricovero di sollievo in strutture residenziali per anziani per un periodo di tempo superiore a n. 30 giorni consecutivi;
- ricovero in ospedale e/o presso strutture riabilitative per un periodo di tempo superiore a n. 30 giorni consecutivi;
- trasferimento della residenza del beneficiario, per un periodo superiore a due mesi, in Comuni non aderenti al Piano di Zona dell'ambito territoriale S/8;
- trasferimento temporaneo del domicilio del beneficiario, per un periodo superiore a due mesi, in Comuni non aderenti al Piano di Zona dell'ambito territoriale S/8;
- mancato versamento della quota di compartecipazione se dovuta.

OBBLIGHI DEI RICHIEDENTI

Il richiedente del servizio ha l'obbligo di comunicare all'assistente sociale incaricata qualsiasi variazione di dati e/o informazioni significative per l'organizzazione del servizio (es. ingresso in

struttura, riconoscimento di servizi o prestazioni incompatibili con il presente bando, decesso). Nel periodo di durata dei servizi il beneficiario, o in alternativa il familiare referente, si impegna a comunicare le variazioni suddette, entro e non oltre 10 giorni.

TUTELA DELLA PRIVACY

I dati di cui l'Ambito S/8 entrerà in possesso a seguito del presente Avviso saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni dettate dal D.Lgs. n. 196/2003 e ss.ii.e mm. e comunque utilizzati esclusivamente per le finalità legate alla gestione dell'Avviso medesimo. Il titolare del trattamento è l'Ambito S/8.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del trattamento è il Coordinatore dell'Ufficio di Piano Ambito S/8. In ogni momento sarà possibile esercitare i diritti sanciti dalle normative in vigore nei confronti del titolare del trattamento, rivolgendosi all' Ufficio di Piano e indirizzando ogni comunicazione in merito all'attenzione del Responsabile dell'Ambito S/8, indicando espressamente il riferimento al procedimento relativo al presente Avviso.

INFORMAZIONI

Il presente Avviso è reperibile sul sito internet del Piano sociale di zona Ambito S8 all' indirizzo web www.pianodizonas8.it. Informazioni sullo stesso possono essere richieste all' Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale S8, al seguente recapito telefonico 0974/714266 o ai seguenti indirizzi email: protocolloambitos8@gmail.com, pianosocialedizonavallo@legalmail.it

NORME DI RINVIO

La presentazione della domanda comporta l'accettazione di tutte le disposizioni di cui al presente Avviso. Per quanto non espressamente previsto, trovano applicazione le disposizioni contenute nella normativa vigente.

Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano

(Dr. Antonio Vbria)



DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Ufficio Servizi Sociali

Comune di _____

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

il

residente a

via

C.F.

Cittadinanza

Tel.

E-mail

CHIEDE

per se stesso

O nella qualità di figlio/a , tutore, curatore, altro (specificare) _____

per conto del/della Sig./Sig.ra

nato/a a

il

residente a

via

C.F.

Cittadinanza

Tel.

di usufruire del Servizio di **Assistenza Domiciliare**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n.445 del 28/02/2000 e smi.

DICHIARA

1)Di essere in possesso dei requisiti richiesti di cui all'Avviso Pubblico, nello specifico:

ETÁ

Dal 65° anno compiuto al 70° anno compiuto	
Dal 71° anno compiuto al 75° anno compiuto	
Dal 76° anno compiuto in poi	

Ufficio di Piano Ambito S/8

p.zza Vittorio Emanuele n.26Vallo della Lucania (SA)

Tel. 0974 714226 Fax 0974 714256 e-mail: pianosocialedizonavallo@legalmail.it

CONDIZIONI FAMILIARI

Anziano che vive solo senza rete parentale	
Anziano che vive con coniuge e/o figli o altri familiari non autosufficienti	
Anziano che vive solo con figli residenti fuori dal Comune	
Anziano che vive con coniuge autosufficiente e con figli fuori dal Comune	
Anziano che vive solo con figli residenti nel Comune	

CONDIZIONI ABITATIVE

Casa situata in zona periferica	
Casa situata in zona centrale	

CONDIZIONE ECONOMICA

I.S.E.E. del nucleo familiare	
DA € 0,00 A € 5.000,00	
DA €5.000,01 A € 10.000,00	
DA € 10.000,01 A €15.000,00	
DA € 15.000,01 A € 20.000,00	
da € 20.000,01 a 29.1560,49	

Allegati

- Certificazione del medico di famiglia o dell' ASL che attesti la condizione di non autosufficienza
- Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario se persona differente;
- Certificazione ISEE
- Altra certificazione (specificare)_____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi del Regolamento U.E. n. 676/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del contributo e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Firma