

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

COMUNI DI ACIREALE (CAPOFILA),
ACIBONACCORSI, ACICASTELLO, ACICATENA, ACI S. ANTONIO,
SANTA VENERINA, ZAFFERANA

LEGGE 328/2000

PROGETTO ASSISTENZA DOMICILIARE AI DISABILI GRAVI ADULTI E MINORI “VERSO UN DOPO DI NOI DENTRO E FUORI CASA”

AVVISO

Si porta a conoscenza della cittadinanza che, in riferimento alla legge 328/2000 e al Piano di Zona del Distretto Socio-Sanitario n.14, approvato con accordo di programma del 14.08.2009, è stata prevista la realizzazione di servizi ed interventi socio-sanitari nei Comuni di Acireale (Comune capofila), Acibonaccorsi, Acicastello, Acicatena, Aci S. Antonio, Santa Venerina, Zafferana.

Tra questi, il progetto di Assistenza Domiciliare ai Disabili Gravi – progetto “Verso un dopo di noi dentro e fuori casa” rivolto allo sviluppo dell’autonomia e dell’integrazione della persona disabile attraverso:

- prestazioni di aiuto domestico;
- prestazioni di igiene e cura della persona;
- prestazioni di accompagnamento, trasporto e disbrigo pratiche.

Destinatari: destinatari del servizio sono le persone disabili gravi, adulti e minori, residenti nei Comuni del Distretto che si trovino nelle condizioni previste dall’art.3 comma 3 legge 104/92.

Requisiti e modalità di accesso: per accedere al servizio è richiesta la presentazione **entro il termine del 30 settembre 2013** di apposita istanza, formulata secondo il modello da ritirare presso l’Ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza, in cui dovranno essere dichiarati:

1. il possesso dei requisiti previsti dall’art.3 comma 3 della legge 104/92 c/o dell’invalidità;
2. autocertificazione dell’indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) anno 2012;
3. copia documento di riconoscimento in corso di validità;
4. altri documenti utili a comprovare particolari condizioni di disagio.

Ammissione: i soggetti richiedenti saranno ammessi al servizio secondo l’ordine della graduatoria annuale, formulata in base alla disabilità, al contesto familiare, alla situazione economica, abitativa e assistenziale e nel numero massimo dei destinatari come determinato dal rapporto tra prestazioni richieste e il monte ore disponibile, secondo capitolato. La gratuità o compartecipazione al costo dei servizi è disciplinata secondo la normativa vigente.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi, nei giorni di ricevimento del pubblico, agli Uffici del Servizio Sociale del Comune di residenza.

IL PRESIDENTE
DEL COMITATO DEI SINDACI
Nino Garozzo

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14
COMUNI DI ACIREALE - ACI BONACCORSI - ACICASTELLO - ACICATENA -
ACI SANT'ANTONIO - SANTA VENERINA - ZAFFERANA

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI**

Oggetto: Piano L. 328/2000 - Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa. - Anno 2013

___|___ sottoscritt___ _____

nat___ a _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

tel: _____ Cod. Fisc. _____

nella qualità di _____ familiare convivente/non convivente

di _____

nat___ a _____ il _____

CHIEDE

di poter usufruire per il sig./la sig.ra _____

del servizio di **assistenza domiciliare ai disabili gravi verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa** per l'anno 2013, finalizzato a :

Prestazioni di aiuto domestico

Prestazioni di igiene e cura

Prestazioni di accompagnamento, trasporto e disbrigo pratiche.

Allega alla presente:

1. Dichiarazione verbale L. 104/92
2. Dichiarazione verbale invalidità
3. Dichiarazione Attestazione ISEE anno 2012
4. Certificazione sanitaria (Mod. A)
5. Copia di valido documento di riconoscimento
6. Altro _____.

_____ li _____

IL RICHIEDENTE

Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi
verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa. - Anno 2013

AUTOCERTIFICAZIONE

___|___ sottoscritt _____
nella qualità di _____ di _____
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni,
di formazione ed uso di atti falsi, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR n.
445/2000) dichiara che il sig./ sig.ra _____:

1. è in possesso dei requisiti richiesti (Residenza nel Comune e possesso
certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3);

2. che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Luogo di Nascita	Data di Nascita	Relazione di parentela	Legge 104/92 o Invalidità

3. che nel suddetto nucleo familiare sono presenti ulteriori n. _____
portatori di handicap certificati L. 104/92 art. 3 comma 3 o in possesso di
invalidità civile non inferiore al 100% come da verbale Invalidi Civili allegato;

4. Che la situazione reddituale ISEE e quella di ogni componente il nucleo
familiare è pari ad € _____;

5. che l'abitazione è:

in locazione proprietà uso gratuito presenta barriere architettoniche;

6. ha richiesto non ha richiesto ill bonus socio - sanitario anno 2011;

7. che usufruisce non usufruisce di assistenza semiresidenziale;

8. che l'unico familiare presente nel nucleo svolge attività lavorativa;

9. di essere a conoscenza che in presenza di prestazioni assistenziali a domicilio
a carico dei servizi si dovrà optare per mantenerne uno solo.

_____li_____

IL DICHIARANTE

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14
COMUNI DI ACIREALE - ACI BONACCORSI - ACICASTELLO - ACICATENA -
ACI SANT'ANTONIO - SANTA VENERINA - ZAFFERANA

Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi
verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa. - Anno 2013

CERTIFICAZIONE SANITARIA

Certifico che il/la sig. _____

nat. a _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

risulta essere:

incapace a deambulare

affetto da malattie degenerative / oncologiche / mentali / altra grave

patologia invalidante _____

_____ li _____

IL MEDICO CURANTE
(Timbro e Firma)
