



DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 34
Carini Comune capofila - Capaci - Cinisi - Isola delle Femmine - Terrasini -Torretta

AVVISO PUBBLICO
ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Si porta a conoscenza della cittadinanza che, a valere delle risorse del Piano di Zona 2021 e della Quota Servizi del Fondo Povertà annualità 2021, si aprono i termini per la presentazione delle istanze di ammissione al servizio di **ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI ANZIANI** privi di adeguata assistenza da parte dei familiari, e comunque, in una situazione economica precaria, che avrà la durata di 12 mesi decorrenti dall'avvio del servizio.

Il numero dei beneficiari da ammettere al servizio in argomento sarà definito successivamente in base alla disponibilità finanziaria.

Le prestazioni fornite potranno essere le seguenti:

- Igiene e cura dell'ambiente
- Igiene e cura della persona
- Disbrigo pratiche

I requisiti richiesti per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare in favore di anziani **a valere delle risorse della Quota Servizi del Fondo Povertà annualità 2021** sono i seguenti:

- Essere beneficiario dell'Assegno di Inclusione Sociale;
- Aver compiuto i 65 anni di età;
- Essere residenti nel Comune di Carini ;
- Non fruire di altro servizio di assistenza erogato da altri enti (Asp, Distretto, ect) quali, a titolo di esempio, Disabilità Gravissima, Home Care Premium, Progetti ex art. 14 L.328/2000.

I requisiti richiesti per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare in favore di anziani **a valere delle risorse delle risorse del Piano di zona 2021** sono i seguenti:

- Aver compiuto i 65 anni di età;
- Essere residenti nel Comune di Carini;
- Non fruire di altro servizio di assistenza erogato da altri enti (Asp, Distretto, ect) quali, a titolo di esempio, Disabilità Gravissima, Home Care Premium, Progetti ex art. 14 L.328/2000.

Le istanze, redatte esclusivamente su modelli forniti dall'Ufficio Servizi Sociali o reperibili sul sito istituzionale del Comune, dovranno essere presentate ed entro **IL 12/09/2025** presso l'Ufficio Protocollo del Comune o tramite Pec all'indirizzo protocollo@pec.comune.carini.pa.it.

All'istanza dovrà essere allegata la sottoelencata documentazione:

- Dichiarazione di essere/non essere beneficiario dell'Assegno di Inclusione Sociale;
- Modello I.S.E.E in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Eventuale certificazione di invalidità;

Le prestazioni assistenziali da erogare all'anziano, previste dalla normativa vigente, verranno assegnate sulla base delle valutazioni del Servizio Sociale Professionale che individuerà lo stato di bisogno e le risposte più idonee a soddisfarlo. Lo stesso provvederà a stilare apposita graduatoria degli aventi diritto.

Le istanze pervenute fuori termine verranno poste in coda alla suddetta graduatoria e saranno prese in considerazione qualora rimangano disponibili ulteriori posti.

La graduatoria verrà redatta secondo i seguenti criteri:

1) Situazione familiare

- Anziano solo non autosufficiente punti 5
- Anziano con un familiare convivente non autosufficiente punti 4
- Anziano con figli non residente nel Comune punti 3
- Anziano con figli residente nel Comune punti 1
- Anziano con coniuge o figli o altri parenti conviventi punti 0

2) Invalidità

- Invalidità senza accompagnamento punti 5
- Invalidità con accompagnamento punti 0

3) Età

- Da 65 a 71 anni punti 1
- Da 71 a 75 anni punti 2
- Da 76 a 80 anni punti 4
- Da 81 a 85 anni punti 6
- Da 86 anni in su punti 8

Reddito (Modello Isee, indicatore ISR)

Sino a	Punti
€. 10.504,46 (1 componente)	5
€. 14.005,94 (2 componenti)	4
€. 15.756,68 (3 componenti)	3
€. 17.507,43 (4 componenti)	2
€. 19.258,17 (5 componenti)	1
Oltre 19.258,17	0

A parità di punteggio sarà data priorità all'anziano con maggiore età .

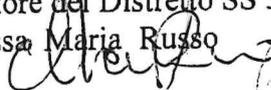
Il servizio verrà svolto a mezzo voucher da personale di enti del privato sociale, in stretta collaborazione con i servizi sociali territoriali e con la famiglia. Gli interessati sceglieranno l'Ente Gestore, competente ad erogare il servizio, tra quelli accreditati presso l'Albo Comunale o presso l'Albo del Distretto Socio Sanitario n. 34. Non è previsto alcun

costo di compartecipazione da parte dei beneficiari, in quanto ricompreso nel piano di finanziamento.

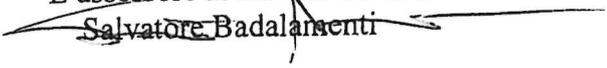
L'Ufficio si riserva di procedere ad idonei controlli, anche a campione, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese.

Carini, li _____

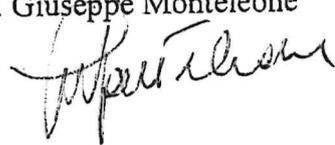
Il Coordinatore del Distretto SS 34 E.F.
D.ssa Maria Russo



L'assessore ai Servizi Sociali
~~Salvatore Badalamenti~~



Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Prof. Giuseppe Monteleone



AL COMUNE DI CARINI
UFFICI SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: Assistenza domiciliare in favore di anziani.

Il/La sottoscritto/a _____
nat _____ a _____ il _____ e residente in Carini Via
_____ n. _____ C.F. _____
tel. _____ Cell. _____ eventualmente in qualita' di
_____.

CHIEDE

L'ammissione al servizio di ASSISTENZA DOMICILIARE in favore di anziani

- Per se stesso
- Per il/la Sig./Sig.ra _____

nat_ a _____ il _____ residente in
_____ Via _____ n. _____
Tel/Cell. _____.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e, consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi in materia, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo al servizio in argomento;
- Di essere/non essere beneficiario dell'Assegno di Inclusione sociale;

Che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio

- Ha _____ anni (compiuti);
- Ha un invalidità del _____ %;
- Usufruisce di indennità di accompagnamento;
- Non usufruisce di indennità di accompagnamento;
- Fruisce di altri servizi di assistenza domiciliare erogati da _____;
- Non fruisci di altro servizio di assistenza erogato da enti diversi (Asp, Distretto, etc);

Che la situazione familiare del destinatario è la seguente:

- **Anziano solo non autosufficiente**
- **Anziano con un familiare convivente non autosufficiente;**
- **Anziano con coniuge o figli o altri parenti conviventi;**
- **Anziano con figli residenti nel Comune;**
- **Anziano con figli non residenti nel Comune;**

SI IMPEGNA

A comunicare per iscritto all'Ufficio Servizi Sociali ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce o sospensioni temporanee.

Allega alla presente:

1. **Attestazione ISEE in corso di validità';**
2. **Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore;**
3. **Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto per cui si richiede l'assistenza;**
4. **Fotocopia del permesso di soggiorno (solo per cittadini stranieri);**
5. **Altro;**

Ai sensi del D.L. n. 196/2003 II/La sottoscritto/a presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali, contenuti nella domanda, e della documentazione allegata per le finalità e le modalità previste dalla normativa vigente e per la loro comunicazione a soggetti e/o istituzioni coinvolte.

Carini, li _____.

FIRMA
